

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N.°

315

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1908, à 1 heure

Par **Gustave GAUTIER**

Né à Sourdeval (Manche) le 18 juin 1882

LES HÉMATURIES

DANS

LE REIN MOBILE

Président : M. ALBARRAN, professeur.

*Juges : { MM. QUÉNU, professeur.
MARION et AUVRAY, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26 rue Monsieur-le-Prince)

1908

315

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N.°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1908, à 1 heure

Par **Gustave GAUTIER**

Né à Sourdeval (Manche) le 18 juin 1882

LES HÉMATURIES

DANS

LE REIN MOBILE



Président : M. ALBARRAN, professeur.

*Juges : { MM. QUÉNU, professeur.
MARION et AUVRAY, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26 rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.				M. LANDOUZT
Professeurs				MM.
Anatomie				NICOLAS.
Physiologie				Ch. RICHET.
Physique médicale				GARIEL.
Chimie organique et chimie générale				GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale				BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales				BOUCHARD.
Pathologie médicale				DEJERINE.
Pathologie chirurgicale				BRISSAUD.
Anatomie pathologique				LANNELONGUE.
Histologie				PIERRE MARIE.
Opérations et appareils				PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale				QUENU.
Thérapeutique				POUCHET.
Hygiène				GILBERT.
Médecine légale				CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie				THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée				G. BALLET.
				ROGER.
				HAYEM.
				DIEULAFOY.
Clinique médicale				DEBOVE
				LANDOUZY.
				HUTINEL.
Maladies des enfants				JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale				GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques				RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux				LE DENTU.
				BERGER.
				RECLUS.
Clinique chirurgicale				SEGOND.
				De LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique				ALBARRAN.
Clinique des maladies des voies urinaires				PINARD.
				BAR.
Clinique d'accouchements				RIBEMONT-DES-
				SAIGNES.
Clinique gynécologique				POZZI.
Clinique chirurgicale infantile				KIRMISSON.
Clinique thérapeutique				A. ROBIN.
Agrégés en exercice.				
MM.				
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT	
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE	
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI	
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST	
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON	
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD	
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef	
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.	
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD	
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBARRAN

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL NECKER

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année 1906-1907 pendant que nous étions externe de M. le professeur Albarran, nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Necker, un cas intéressant d'hématurie rénale consécutive à un rein mobile. Depuis cette époque, plusieurs cas analogues s'étant reproduits dans le même service, nous avons pensé qu'il serait très intéressant de grouper toutes ces observations, de les réunir à celles que nous avons pu recueillir ailleurs pour présenter sur la question un travail d'ensemble.

La mobilité rénale par les modifications circulatoires qu'elle détermine et les altérations secondaires des tissus qui en sont la conséquence, suffit à provoquer certaines hématuries observées quelquefois en clinique. Ces hématuries qualifiées autrefois d'hématuries essentielles sont devenues maintenant des hématuries symptomatiques et secondaires à une lésion de l'appareil urinaire. En les rattachant à leur véritable cause, cette étude contribuera à faire disparaître ou du moins à res-

treindre le chapitre des hématuries idiopathiques sans lésion rénale.

Après avoir fait un exposé de l'historique de la question, nous nous efforcerons d'expliquer la pathogénie de l'hématurie dans le rein mobile.

Nous réserverons un troisième chapitre à la symptomatologie et au diagnostic et nous verrons quelles difficultés il faudra parfois surmonter pour arriver à une conclusion précise.

Le dernier chapitre enfin comprendra l'étude du traitement.

Mais avant d'aborder ce sujet, nous tenons à adresser nos remerciements à tous les professeurs qui furent nos maîtres et qui n'ont jamais cessé de nous témoigner leur bienveillance pendant toute la durée de nos études médicales.

Nous voulons tout d'abord remercier les professeurs de l'École de médecine de Caen, qui nous guidèrent avec tant d'habileté et de dévouement au début de nos études. Que MM. les D^{rs} AUVRAY, BARETTE, CATOIS, GIDON et GOSSELIN reçoivent ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Que nos maîtres à la Faculté et dans les hôpitaux de Paris : M. le professeur HAYEM et M. le professeur agrégé CARNOT dont nous fûmes le stagiaire, M. le professeur GUYON et M. le professeur ALBARRAN, M. le professeur agrégé LEPAGE et le D^r BARTH dans le service desquels nous fûmes externe veuillent bien accepter l'hommage de notre gratitude pour leur dévouement

et pour toutes les connaissances théoriques et pratiques qu'ils nous ont apprises.

Enfin nous prions M. le professeur ALBARRAN de vouloir bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

EXPOSITION DU SUJET. HISTORIQUE

Il y a quelques années à peine on ne décrivait dans les ouvrages classiques que deux grandes classes d'hématuries : les hématuries essentielles et les hématuries symptomatiques.

Celles-ci, les hématuries symptomatiques, de beaucoup les plus fréquentes et les mieux connues ne se rapportaient qu'aux grandes affections hématogènes qui relevaient d'une cause bien établie ; telles les hématuries de la lithiase, du cancer, de la tuberculose du rein. Et jusqu'à ces dernières années, presque toutes les néphrorragies étaient rangées et mises sous la dépendance de l'une de ces trois causes importantes.

A côté cependant, il y avait les hématuries essentielles, mais elles apparaissaient sans une forme bien différente. Elles semblaient ne se rattacher à aucune lésion du rein et survenaient sans cause appréciable. C'étaient des hématuriques idiopathiques, *sine materia*, auxquelles on donnait le nom d'hématuries essentielles pour bien les distinguer des autres.

Rayer (1) les définissait « celles qui ne peuvent être

1. RAYER. *Traité des maladies des reins*, t. III.

rattachées, ni à une lésion de l'appareil urinaire, ni à une maladie déterminée ».

Depuis que Chopart à la fin du XVIII^e siècle (1) décrit pour la première fois une hématurie rénale qu'il signala comme essentielle et liée à un état particulier de la constitution, de nombreux auteurs sont venus à sa suite apporter des observations analogues. Latour (2) en 1825 et Rayer (3) en 1845 en signalèrent de nouveaux exemples.

Mais il ne faut pas attacher trop d'importance à ces cas publiés à une époque où la sémiologie des hématuries rénales était peu connue et où on ne savait pas encore distinguer l'hémoglobinurie de l'hématurie.

Lancereaux (4) dans son *Anatomie pathologique* (1875) et dans ses *Leçons cliniques* de 1891 essaye d'ébaucher la pathogénie de ces hématuries et leur attribue une origine nerveuse, *autogionévrotique*.

Lauenstein (5) en 1887, Sabatier (6) en 1886, Abbe (7) en 1891, Israël (8) en 1894 apportent à leur tour de

1. DOREAU. Th. Bordeaux, 1898.

2. LATOUR. *Traité philosophique et médicale des hémorragies*, t. II, p. 25.

3. RAYER. *Loc. cit.*

4. LANCEREAUX. *Anatomie pathologique*, 1875.

5. LAUENSTEIN. Zur Chirurgie der Nieren. *Deutsch. med. Woch* Leipzig, 1897, p. 269.

6. SABATIER. Néphralgie hématurique. *Rev. de chirurgie*, 1889, t. IX, p. 62.

7. ABBE. *New-York med. Journ.*, 16 mai 1891, t. LIII, p. 573.

8. ISRAËL. Erfahrungen über nierenchirurgie. *Archiv. f. Klin. chir.* Berlin, 1894, t. XLVII, p. 428.

nouvelles observations où des cas d'hématurie rénale survenant sans cause déterminante, coïncidaient avec l'existence de reins normaux.

Senator (1) fait une grande part à l'hémophilie dans la production de l'hémorragie. Avec Max Schede et Passet (2), il affirme que l'hémophilie peut être localisée uniquement au rein ; mais les malades qu'il présente n'ont aucun antécédent héréditaire ou personnel d'hémophilie et ses observations, par suite, n'ont aucune valeur.

Broca (3) en 1894, à propos d'un cas resté célèbre où il intervient par la néphrotomie, n'affirme pas l'absence de lésions, mais il se contente de dire qu'on n'a pas trouvé dans les reins enlevés les lésions ordinaires de l'hématurie. Il explique ces faits en recourant à la théorie angio-névrotique de Lancereaux.

On continuait donc, à cette époque, à admettre de plus en plus l'existence des hématuries essentielles et la tendance en était plus marquée encore à l'étranger. Senator (4), Klemperer (5), Nitze, Fürbringen, Von Leyden (6) en Allemagne ; Mac Lane Tiffany en

1. SENATOR. Ueber renale hæmophilie. *Berlin Klin. Woch.*, 1891, t. XXVII, p. 1.

2. PASSET. Ueber hamaturie und renal hæmophilie. *Centr. f. die Krank. der harnud sexual org.*, 1894, t. V, fasc. 8, p. 387.

3. BROCA. Hémophilie rénale et hémorragies rénales. *Annales des org. génit. ur.*, 1894, p. 881.

4. SENATOR. *Bull. med.*, 1896, p. 1199.

5. KLEMPERER. *Id.*, p. 1200,

6. VON LEYDEN. *Id.*, p. 1199.

Angleterre publièrent des observations qui semblaient donner droit de cité en chirurgie à l'hématurie idiopathique.

Cependant en 1891 dans un important travail sur l'hydronéphrose intermittente, Terrier et Baudoin (1) signalent sur 83 observations analysées, 4 cas qui se sont accompagnés d'hématurie, 1 cas de Llyod, 1 de Fürbringer, 1 de Zawisza et 1 de Terrier. Mais bien que l'hématurie coïncidât ici avec l'hydronéphrose, il n'en est pas moins vrai que cette lésion était causée par la mobilité rénale et que le déplacement du rein était dans ce cas la cause plus ou moins indirecte du saignement. Mais les auteurs n'y insistèrent point, ils n'envisageaient que l'hydronéphrose et rapportèrent à la dilatation du bassinet la production de tous ces phénomènes.

Il faut arriver en 1898 pour voir pour la première fois une opinion s'élever contre cette manière de voir. M. Albarran (2) en soumettant toutes ces observations à une critique sévère, en analysant minutieusement tous les cas publiés comme hématuries essentielles, put aisément démontrer qu'il existait toujours une cause expliquant à la fois les douleurs et le saignement.

C'est ainsi qu'il put isoler les hématuries hémophiliques, celles des rétentions rénales, de la grossesse, des néphrites chroniques et du rein mobile.

Il put réunir, à cette époque, sept observations dans

1. TERRIER et BAUDOIN. *Des hydronéphroses intermittentes*, 1891.

2. ALBARRAN. Diagnostic des hémat. rénales. *Annal. des. org. génit. ur.*, 1898.

lesquelles les hématuries constatées avaient pour unique cause la mobilité rénale.

Il s'agissait dans la plupart des cas d'hématuries venant du rein droit ; hématuries répétées, abondantes, survenant sans cause, non influencées par le repos ou le mouvement et s'accompagnant généralement de douleurs rénales très nettes. La néphrotomie qui fut pratiquée aussi large que possible ne permit de découvrir aucune lésion appréciable. Seul le rein était nettement mobile et la néphropexie, en le fixant dans sa loge habituelle, amena la guérison des malades et vint ainsi donner à la réalité de l'hypothèse une éclatante confirmation.

A la même époque Israël (1) publia un cas semblable où les hématuries cessèrent après la fixation du rein. Deux observations de Newmann (2) confirmèrent les mêmes faits. Rebland publia l'observation d'un malade du service de M. Guyon (3), chez qui, la néphrorraphie simple, sans néphrotomie concomitante, amena la cessation de l'hémorragie.

La coexistence de l'hémorragie avec le rein mobile, sa disparition par la néphropexie sont des raisons suffisantes pour faire admettre que le rein mobile est capable par lui-même de provoquer le saignement.

1. ISRAËL. Erfahrungen über nierenchirurgie. *Archiv. für Klin. chir. Berlin*, t. 47, p. 429.

2. NEWMANN. *Annal. org. génit. ur.*, 1898.

3. GUYON. Des conditions dans lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales. *Ann. gén. ur.*, 1897, p. 113.

Depuis que l'attention des auteurs a été attirée sur ces cas, plusieurs observations, recueillies tant en France qu'à l'étranger, démontrent les mêmes faits.

Legueu (1) en 1899 dans un rapport sur les hématuries essentielles fait en collaboration avec Malherbe, après avoir passé en revue toutes les causes qu'on peut invoquer pour expliquer ces hématuries, ne met pas en doute que le rein mobile soit à lui seul capable de les provoquer.

Au même congrès, Loumeau (2) rapporte un cas d'hématurie rénale de cause inconnue, accompagnée de néphroptose qui a été guérie par la fixation du rein et la néphrotomie.

Pasteau (3) lit une longue observation qui démontre clairement que le rein mobile a été la cause de l'hématurie.

Nicolich (4) de Trieste, publie en 1904 au Congrès d'Urologie un cas de néphrite hématurique avec rein mobile, guérie par la néphropexie. En 1907 il rapporte une autre observation analogue.

Franck (5) de Berlin en signale également de son côté.

A mesure qu'apparaissent toutes ces publications, de plus en plus nombreuses, grâce aux examens plus

1. LEGUEU ET MALHERBE. Des hématuries essentielles. *Congr. fr. ur.* 1899.

2. LOUMEAU. *Id.*, p. 129

3. PASTEAU. *Id.*, p. 152.

4. NICOLICH. *Ass. fr. urol.*, 1905, p. 1668.

5. FRANCK. *Cong. fr. urol.*, 1903, p. 653.

approfondis et aux recherches mieux conduites, on voit s'effondrer chaque jour davantage le groupe, si important autrefois, des hématuries essentielles. Si bien qu'on pourra bientôt dire : Il n'y a plus des hématuries essentielles, il n'y a que des hématuries symptomatiques.

PATHOGÉNIE

Lorsque le rein devient mobile, le déplacement de la glande en bas et en dedans fait subir à l'uretère un mouvement de flexion et de torsion, qui, provoquant une coudure, amène une diminution plus ou moins grande et quelquefois une altération complète de la lumière de ce conduit. L'urine continuant à se sécréter s'accumule au-dessus de l'obstacle, dilate le bassin, distend les canalicules urinaires. Il en résulte la formation d'une rétention rénale.

Cette rétention d'urine ne se traduit pas sans déterminer au niveau du rein des perturbations variables, qui se traduisent surtout par un état de congestion plus ou moins marqué, assez intense parfois pour amener la production d'hématuries abondantes. Ces modifications rénales sont connues depuis longtemps, principalement depuis 1890 époque à laquelle MM. Guyon et Albarran (1) les ont minutieusement étudiées au point de vue

1. GUYON et ALBARRAN. Anatomie et Physiologie pathologiques des rétentions d'urine. *Archives de médecine expérimentales*, 1890.

F. GUYON. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, p. 76.

expérimental et ont fait paraître le résultat de leurs travaux dans un rapport publié la même année. Ils pratiquèrent sur divers animaux, des chiens, des cobayes, des lapins, des ligatures de la verge pour déterminer des rétentions aiguës et notèrent soigneusement toutes les modifications anatomiques et physiologiques qui se produisent en pareilles circonstances sur l'appareil urinaire.

Le phénomène dominant est un état congestif de tout l'appareil urinaire. La congestion est surtout et précocement marquée au niveau de la vessie. Les arborisations vasculaires s'accusent sur toute la muqueuse, plus marquées en arrière du trigone. L'extravasation du sang s'étend à toute l'épaisseur de la paroi vésicale, qui offre à la coupe une tranche noirâtre. Les vaisseaux gonflés, refoulent et dissocient les faisceaux musculaires qui s'écartent sous la pression. Il arrive que le sang s'épanche dans le tissu lâche de la sous-muqueuse. Par places les cellules épithéliales s'aplatissent et tombent; le sang faisant irruption dans la cavité vésicale se mélange à l'urine.

Peu après la prostate, les uretères, le bassin et le rein s'hyperhémient à leur tour. Mais la rétention provoquée par la coudure de l'uretère ne se manifestant qu'au niveau du bassin, c'est dans cette portion de l'appareil urinaire et dans le rein que nous étudierons surtout les modifications qui s'y produisent.

La muqueuse du bassin comme la muqueuse vésicale est parsemée d'arborisations vasculaires. Mêmes ecchymoses et même desquamation épithéliale. L'urine

qui y est contenue est rosée et présente au microscope de nombreux globules rouges.

Au niveau du rein « sous l'influence de la rétention on observe des lésions congestives comparables à celles de la vessie. Le rein congestionné paraît gros et à travers la capsule pourtant opaque chez le chien, on aperçoit souvent un fin pointillé hémorragique, parfois même de larges ecchymoses. Dans certains cas de rétention prolongée on voit de larges zones hémorragiques, sans forme déterminée, donner une coloration noirâtre à une grande partie, parfois à tout l'organe. »

A la coupe le rein saigne abondamment : son aspect est rouge foncé. Les lésions sont différemment accusées, suivant que la rétention a été plus ou moins prolongée. Parfois il n'existe qu'une simple dilatation vasculaire ; mais dans ces conditions si l'on examine la pièce au microscope on trouvera toujours de « petites hémorragies intertubulaires ». Si la rétention date de trente-six heures, l'hémorragie est plus abondante ; l'épithélium des tubes est aplati ; il fait défaut par places et le sang pénétrant dans la cavité tubulaire « donne lieu à des cylindres hématiques ».

Dans certains cas le sang s'accumule dans les glomérules et refoule le paquet vasculaire. Il peut pénétrer dans le tissu conjonctif. Le plus souvent on ne constate dans ce tissu qu'un léger œdème et une légère prolifération sans infiltration embryonnaire.

Voilà quelles sont les principales modifications que la rétention aiguë expérimentale produit sur l'appareil urinaire en général et sur le rein en particulier. La con-

gestion est donc le phénomène primordial et important.

Un état congestif aussi intense ne s'observe pas qu'en pathologie expérimentale, il se rencontre aussi en clinique chaque fois qu'un obstacle quelconque siégeant au niveau des canaux excréteurs empêche l'urine de s'écouler, chaque fois, en un mot, qu'il y a rétention aiguë. Pousson (1) en 1899 en a rapporté un bel exemple à l'Association française d'Urologie. Il s'agissait d'une femme de 29 ans, repasseuse de son état, ayant toujours joui d'une bonne santé habituelle. Elle souffrait depuis quatre ans de douleurs dans la région lombaire gauche qui survenaient spontanément et n'étaient influencées ni par le repos ni par le mouvement. Les urines ne contenaient ni sable ni graviers. Depuis un an elle rendait de temps à autre du sang mélangé aux urines. L'hématurie durait plusieurs jours et était constamment provoquée par la station debout longtemps prolongée, exigée par sa profession de repasseuse. Aucun trouble vésical, pas de fréquence ni de douleurs des mictions. Le rein gauche était en place, mais augmenté de volume, débordant les fausses côtes et douloureux. Par la cystoscopie on put se rendre compte que le sang provenait uniquement de l'uretère gauche. Pensant qu'il s'agissait d'un calcul probable du bassinet, au niveau de l'origine de l'uretère, amenant la distension et l'hématurie, M. Pousson opéra la malade. Le rein est trouvé volumineux, mou, d'aspect uronéphrotique. Il est ouvert mais il ne renferme

1. POUSSON. *Ass. fr. d'Urol.* 1899, p. 101.

aucune trace de productions lithiasiques. Le parenchyme ne présente pas d'altération apparente. L'examen du bassinnet montre qu'il existe à sa partie déclive, au niveau de l'embouchure de l'uretère « une valvule, un éperon saillant, oblitérant en partie l'orifice de l'uretère lorsque le rein est verticalement en place et le fermant en totalité lorsqu'il s'incline en avant ». La valvule est supprimée, le rein suturé et à partir de ce moment les hématuries disparaissent ainsi que les douleurs.

Ce qui se produit là sous l'influence d'une valvule se produira également sous l'influence d'une coudure ou d'une torsion de l'uretère. Le résultat sera identique puisque le mécanisme est le même dans les deux cas : rétention aiguë d'urine et congestion rénale consécutive.

On observe donc les mêmes hématuries avec accompagnement des mêmes douleurs. Si l'uretère devient perméable grâce à un nouveau déplacement du rein ou à un simple changement dans la position du malade, l'hématurie apparaîtra aussitôt. Si le bassinnet ne peut se vider, au contraire, l'hématurie n'apparaîtra pas de suite et ce n'est qu'après la crise lorsque l'uretère sera de nouveau perméable que le malade pissera du sang (1). Le saignement pourra même continuer pendant un certain temps après la disparition de l'obstacle, par suite de la décompression brusque qui s'est faite dans la tension intra-rénale. Il se forme là en quelque sorte une hémorragie *ex vacuo*.

1. O. PASTEAU. Ass. franç. d'Urologie, 1899, p. 156.

Ces hémorragies seront d'autant plus facilement provoquées, que la congestion rénale trouvera un adjuvant précieux dans les lésions de néphrite scléreuse qui accompagnent toujours le rein mobile. La prolifération conjonctive ne se contente pas d'étouffer les vaisseaux de l'appareil glomérulaire ; elle les gagne peu à peu, altère la composition de leurs parois et détermine des lésions d'endopériartérite (1). Ces altérations les rendent moins élastiques et moins résistants qu'en temps normal. Ils ne peuvent plus supporter les changements brusques de pression. Ils se rompent et le sang fait irruption dans les capsules de Bowmann et dans les canalicules urinifères.

Il ne faudrait pas croire que cette sclérose, qui vient ainsi faciliter l'hémorragie, soit un fait exceptionnel. Elle existe toujours, à un degré plus ou moins marqué, il est vrai, mais sa présence est constante. Comment l'expliquer ? Y a-t-il entre le rein mobile et la néphrite une relation de cause à effet ? Est-ce au contraire une simple coïncidence ? Les lésions sont trop fréquentes pour ne voir dans ces faits qu'une association fortuite. Il faut admettre que la néphrite est sous la dépendance directe du rein mobile. Peut-être devons-nous penser, que par suite de la coudure d'un uretère, la modification de la circulation rénale entraîne un ralentissement du courant sanguin et un changement dans la nutrition des tissus qui aboutissent à la néphrite chronique et à la

1. Pousson. Des phénomènes congestifs dans la pathologie des hémorragies. *Bull. et mém. de la Soc. chir.*, 1898, p. 500.

scélérose des vaisseaux. L'albuminurie orthostatique compliquant le rein mobile ne peut s'expliquer que par ces modifications de la circulation.

La production des lésions sera encore favorisée par la « stase de l'urine, dans les canalicules, qui est très favorable à une infection du rein (1) ».

En tout cas, c'est là un fait incontestable et quelle qu'en soit l'interprétation nous pouvons dire que toujours le rein mobile s'accompagne de lésions néphritiques (2). Nous sommes loin de l'époque où il était classique de dire que le rein mobile était normal (3) et que son tissu ne subissait aucune altération.

Sans doute cette néphrite ne se traduit pas toujours par de l'albuminurie et de la cylindrurie, mais les lésions scléreuses sont constantes et toujours plus ou moins facilement reconnaissables. Quelquefois les lésions sont très prononcées et assez apparentes pour les reconnaître à la simple inspection du rein. Au moment de l'opération, il arrive parfois de tomber sur un rein dont la capsule propre adhère fortement à la capsule adipeuse. La surface est sillonnée de dépressions formées par le tissu cicatriciel qui s'est rétracté et a donné au rein un aspect lobulé rappelant la disposition fœtale. A travers la capsule on peut apercevoir des zones décolorées et dans certains cas de véritables plaques laiteuses.

Lorsqu'on incise la capsule propre du rein pour le

1. LÉPINE. De l'opportunité de l'intervention clinique dans les néphrites chroniques. *Sem. méd. déc.*, 1902.

2. ALBARRAN. *Traité de chirurgie*.

3. DIEULAFOY. *Pathologie interne*, t. III, p. 268.

décortiquer on constate que celle-ci est adhérente au parenchyme. Le rein se décortique mal. Des tractus fibreux partant de la capsule s'enfoncent dans le tissu de l'organe et il n'est pas possible de faire la décortication sans entraîner avec la capsule quelques lambeaux de substance sous-jacente.

A la coupe le tissu rénal est plus résistant. La région corticale est un peu atrophiée et parfois çà et là apparaissent de petits kystes qui sont formés aux dépens des canalicules contournés étranglés par le tissu scléreux.

Mais les reins mobiles présentant d'aussi grosses lésions macroscopiques sont rares, habituellement le rein paraît normal à l'inspection. Seule l'adhérence de la capsule attire un peu l'attention. Cependant si l'on examine au microscope quelques parcelles de parenchyme, on est étonné de voir que cet organe, qui paraissait sain à première vue, présente toujours des lésions de néphrite plus ou moins diffuses, plus ou moins étendues. Les altérations sont quelquefois très discrètes et il faut pratiquer plusieurs coupes et faire plusieurs préparations pour les mettre en évidence ; les plus distingués histologistes pourraient facilement passer à côté des lésions s'ils n'étaient prévenus.

« Habituellement, dit M. Ertzbischoff, on trouve dans les zones corticales des reins mobiles des lésions interstitielles et épithéliales d'intensité variable. Les glomérules sont plus ou moins rétractés et sclérosés. Le tissu conjonctif est plus ou moins sclérosé, de même que les vaisseaux. Il s'agit de lésions de néphrite chronique(1). »

1, ERTZBISCHOFF. *Congrès français d'Urologie*, p. 624.

Cet auteur a eu l'occasion pendant l'année 1907 de pratiquer huit néphropexies pour rein mobile. Chaque fois il a eu soin de prélever au cours de l'opération, quelques parcelles de parenchyme, qu'il a examinées ensuite au microscope. Dans tous les cas, il a trouvé des lésions de néphrite chronique, et des altérations des vaisseaux sanguins.

Cette sclérose vasculaire vient éclairer d'un jour nouveau la pathogénie des hématuries dans le rein mobile. Si nous devons admettre, en effet, que la congestion rénale consécutive à la rétention, puisse être assez intense pour amener la rupture de vaisseaux sains, comme les expériences sur les animaux le démontrent, il nous sera beaucoup plus facile de comprendre que l'hémorragie puisse se produire lorsqu'il y aura des vaisseaux à parois dures et scléreuses, susceptibles par leur friabilité de se rompre à la moindre élévation de la tension sanguine.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

De toutes les complications qui peuvent survenir dans le rein mobile, les hématuries sont certainement une des plus rares. M. Albarran en 1898 n'avait pu en réunir que sept cas dans toute la science. Et cependant est-il une anomalie plus fréquente que la mobilité rénale? Si l'on prend pour base ce fait que l'extrémité inférieure du rein normal ne doit pas être perçue par la palpation bi-manuelle, on peut évaluer à 15-20 0/0 le nombre de femmes qui, prises au hasard, présentent de la néphroptose. Mathieu élève même ce chiffre à 28 0/0.

Mais si l'hématurie est un symptôme exceptionnel dans cette affection, elle n'en est pas moins intéressante lorsqu'elle se présente et mérite d'attirer l'attention à plus d'un point de vue. C'est pour n'avoir pas su rattacher ce symptôme à sa véritable cause, que, dans plusieurs cas, des hématuries ont été décrites comme « hématuries essentielles » alors qu'elles relevaient directement d'un rein mobile.

Lorsque l'hématurie apparaît, elle se présente avec tous les signes des hématuries rénales. Elle est généralement totale et du début à la fin de la miction l'urine est uniformément teintée. Il ne faudrait point cependant faire de ce caractère, un signe pathognomonique. Dans les grandes hémorragies, lorsque le rein saigne abondamment, les dernières gouttes d'urine sont alors constituées par du sang pur. Celui-ci continuant à tomber des uretères, pendant la miction, n'a pas le temps de se diluer et prend immédiatement le chemin de la sonde (1). Malgré son origine rénale, l'hématurie dans ce cas a un caractère terminal. Il suffit d'être prévenu pour ne point se hâter trop tôt de conclure.

Beaucoup plus importants sont les signes fournis par la forme des caillots qui pourront reproduire le moule de l'uretère et avoir 10 à 15 centimètres de longueur. Parfois aussi, au microscope, on verra des cylindres hématiques qui présenteront en général la forme des canalicules rénaux dans lesquelles ils se sont formés. Ce sont là des signes certains qui permettront à coup sûr d'indiquer le lieu de production de l'hémorragie.

Mais ces signes sont inconstants et lorsqu'ils font défaut on est parfois très embarrassé. L'examen cystoscopique seul, quand il est possible, et mieux encore le cathétérisme des uretères permet d'affirmer l'origine rénale de l'hématurie. Ces moyens d'exploration nous rendront encore d'autres services. Ils nous permettront de savoir si l'hématurie est bilatérale ou unilatérale.

1. ALBARRAN. *Les tumeurs de la vessie*, 1892, Paris, p. 194.

GUYON. *Leçons cliniques*, p. 475.

rale et dans ce dernier cas de connaître le rein qui saigne.

La cystoscopie est donc un examen de première importance et ne devra jamais être négligée.

L'origine rénale des hématuries étant diagnostiquée, voyons quels sont les caractères avec lesquels elles se présenteront dans le rein mobile. L'hématurie survient rarement d'emblée, elle est en général précédée de douleurs dans la région lombo-iliaque, au niveau des reins. Cette douleur ne reste pas localisée, elle s'irradie vers l'hypogastre et le pli de l'aîne, dans le canal inguinal, la grande lèvre ou le scrotum et jusque sur la face antérieure de la cuisse. Elle est plus ou moins vive, quelquefois il ne s'agit que d'une sorte d'engourdissement, de tiraillement de toute la région qu'exaspèrent la marche, l'effort, la fatigue.

Tantôt très fugaces, tantôt durant deux ou trois jours ou davantage, elles ne sont point toujours assez intenses pour immobiliser le malade et ne s'accompagnent alors ni de vomissements ni de ballonnement du ventre. Il est à remarquer qu'elles coïncident fréquemment avec les époques menstruelles et semblent être en relation avec la congestion qui se manifeste à ce moment sur tout l'appareil génito-urinaire.

A côté de cette forme, on observe quelquefois de véritables crises aiguës d'étranglement dans les cas où la coudure est très accentuée et la rétention complète. C'est alors presque le même syndrome que dans les coliques néphrétiques dues à la lithiase rénale. Même brusquerie dans l'apparition, même intensité, même ir-

radiation dans les plis de l'aîne et à la cuisse. La douleur est si violente qu'elle immobilise le malade, en proie à une affreuse torture. Les vomissements apparaissent, le ventre devient gros et ballonné et si l'on examine la région abdominale à ce moment, on trouve dans le flanc une tuméfaction douloureuse, tendue, et la pression exercée par la main qui palpe, exagère encore la douleur.

L'hématurie paraît quelquefois au cours de cette crise ; le plus souvent c'est après que le malade pisse le sang, lorsque la coudure de l'uretère ayant disparu, l'urine a retrouvé son cours normal (Obs. IX).

Le saignement est plus ou moins abondant. Tantôt les urines sont simplement teintées en rose, tantôt elles ont une coloration plus rouge, quelquefois l'hématurie est tellement intense que la couleur des urines devient rouge foncé et même noirâtre. Mais quelle que soit l'abondance du sang, il ne se coagule pas généralement et il est très rare de trouver des caillots dans la vessie.

La durée de l'hématurie est variable, le plus souvent elle ne persiste que pendant une ou deux mictions, mais dans certains cas elle dure plus longtemps et continue même après que la crise douloureuse a cessé. Il est probable qu'en pareille circonstance l'hémorragie doit être attribuée à la décompression brusque qui s'est produite au niveau du bassin.

Une semblable hématurie, n'est pas particulière à la mobilité rénale. Et même si nous sentons au moment de la crise douloureuse une tumeur dans le flanc ou si dans l'intervalle des douleurs la palpation nous fait

percevoir un rein déplacé, qui roule sous la main et qui se réduit dans sa loge, nous ne pourrions pas, malgré tous ces caractères affirmer le diagnostic. Celui-ci est plus délicat et présente des difficultés sans nombre

Étant donné une hématurie rénale, pour pouvoir affirmer qu'elle a pour cause un rein mobile, il faut avant tout éliminer les diverses autres causes habituelles d'hématuries : lithiase, cancer, tuberculose.

L'hématurie due à la lithiase présente des caractères différents. Elle est accompagnée il est vrai des mêmes douleurs, mais elle est plus fugitive ; elle est plus nettement influencée par la fatigue ou le repos ; elle est peu considérable et de courte durée. Souvent le malade rend de petits calculs, des graviers dans son urine. La radiographie enfin qu'il ne faut jamais oublier de faire pratiquer, fixera le diagnostic.

Dans le cancer, le pissement de sang est capricieux. Il apparaît sans cause appréciable et n'est modifié ni par le mouvement ni par le repos. Il est indolent habituellement, et si la douleur apparaît, ce n'est que tardivement alors que la tumeur a acquis un volume considérable et qu'elle est facilement perçue par le ballottement rénal. Cette douleur d'ailleurs sera localisée au niveau du rein et n'affectera pas la forme de pseudo-coliques néphrétiques comme dans le rein mobile.

Dans la tuberculose rénale on peut observer des hématuries spontanées surtout au début. Il est même une forme dite miliaire, dans laquelle ces hématuries sont précoces et abondantes. Elles peuvent durer plusieurs

jours, plusieurs semaines. La marche et les mouvements n'ont point d'influence sur leur apparition. Dans la plupart des cas, elles ne s'accompagnent pas de douleurs. Mais la pyurie est presque constante, les urines sont louches ou troubles et laissent déposer au fond du vase une petite quantité de pus grumeleux ; quand la rétention existe, le dépôt devient très abondant et ressemble à celui des pyonéphroses. Il est vrai que dans certaines tuberculoses corticales ne communiquant pas avec le bassin, ce symptôme fait défaut.

L'examen microscopique indiquera la présence de bacilles de Koch. Il faudra faire cette recherche sur un échantillon d'urine fraîchement émise et répéter les examens si ceux-ci restent négatifs ; dans certains cas où la recherche du microbe n'a pas donné de résultat, l'inoculation aux animaux pourra plus sûrement révéler si la tuberculose est en cause.

L'examen général du sujet ne devra pas être négligé. Ordinairement c'est un individu qui maigrit ; il présente souvent des lésions tuberculeuses aux sommets des poumons, fréquemment on trouve au niveau des testicules ou des vésicules séminales de petits noyaux durs ou en voie de ramollissement, qui mettront le praticien sur la voie du diagnostic et confirmeront ses soupçons.

A côté de ces trois grandes causes de beaucoup les plus fréquentes, il en est d'autres auxquelles nous devons penser.

L'hématurie rénale se rencontre encore dans les néphrites aiguës, consécutives à une maladie infectieuse, telle que l'érysipèle et la pneumonie, ou à une intoxi-

cation par l'abus de la cantharide en vésicatoires ou en pilules.

Les néphrites chroniques sont souvent aussi la cause d'hématurie et le diagnostic différentiel sera d'autant plus intéressant que les lésions de néphrite existent toujours dans le rein mobile et qu'elles jouent, nous l'avons vu, un rôle très important dans la production de l'hémorragie. Mais lorsque la néphrite chronique est seule en cause, l'hématurie présente des caractères assez nets pour permettre de la différencier aisément de celle qui accompagne la néphroptose. Elle est plus abondante et plus continue. Elle dure pendant des jours, des semaines, parfois des années et ne s'accompagne pas de douleurs. Elle n'est influencée ni par le repos ni par le mouvement et rappelle en somme beaucoup plus l'hématurie des cancers que l'hématurie du rein mobile.

Faut-il parler des hématuries qui sont dues à des parasites, tels que le distome de Bilhaz, la filaire de Médine, le strougle géant ou qui se produisent dans le paludisme ? De telles hématuries sont une rareté, du moins en France. Il suffit de les signaler.

Plus intéressantes sont les hématuries hémophiliques. Celles-ci sont abondantes et répétées. Et toujours elles reparaissent au cours de l'existence à des intervalles plus ou moins réguliers. Mais il semble qu'on a abusé en Allemagne de ce terme d'hématuries hémophiliques. L'hémophilie est une maladie héréditaire qui frappe surtout les jeunes et porte ses manifestations sur tous les points du corps. Il ne faut admettre ces hématuries

hémophiliques que si elles coïncident avec des hémorragies multiples. N'est-il pas surprenant d'ailleurs que cette maladie soit l'apanage du sexe masculin, tandis que les hématuries essentielles se voient au contraire surtout chez la femme ?

Après avoir passé en revue toutes ces causes et les avoir éliminées tour à tour à la suite des examens répétés, de radiographie, de cystoscopie, de cathétérisme des uretères, de bactériologie, nous pourrions, si le rein paraît mobile, penser qu'il est peut-être la cause unique de ces hématuries. Mais nous ne le ferons que timidement, car il ne faut pas oublier que les erreurs sont fréquentes et l'exemple suivant, mieux que tout autre, engagera le médecin à se montrer prudent et à ne pas conclure hâtivement et surtout d'une façon certaine.

M. Albarran (1) présentait dans une de ses cliniques un malade âgé de 51 ans, sans aucun passé pathologique. Ce malade avait été pris un an auparavant de douleurs survenant par crises avec irradiations dans les aines, présentant en un mot les caractères habituels des coliques néphrétiques. Les crises douloureuses s'étaient renouvelées à différentes reprises et s'étaient accompagnées dans les derniers temps d'hématuries totales, continues, durant plusieurs jours de suite et même plusieurs semaines, non modifiées par le repos.

Interrogé, le malade répond qu'il n'a jamais rendu de graviers. L'examen de tout l'appareil urinaire, ne révèle presque rien. Seul le rein droit est un peu dou-

1. ALBARRAN, *loc. cit.*

loureux à la pression, mais il n'est pas augmenté de volume et n'est pas senti par le ballottement.

La cystoscopie permet de se rendre compte *de visu* que c'est le rein droit qui saigne. Un jet de sang rutilant sort de l'uretère droit. Le cathétérisme de l'uretère permet à la sonde de remonter jusque dans le bassin. Elle ne révèle aucun contact calculeux. L'examen des urines, plusieurs fois pratiqué, n'a jamais indiqué la présence de bacilles de Koch. Dans les derniers jours le rein est devenu douloureux. Son volume a augmenté et il est possible de le sentir par le palper bi-manuel. Cette augmentation de volume coïncidant avec la disparition de l'hématurie fait penser à une ré-
entention rénale. Mais de quelle nature? Ce point de diagnostic reste en suspens.

Le malade est opéré. L'incision lombaire conduit sur un rein flasque, à surface irrégulière et sillonnée de dépression. A la coupe, le rein a un aspect normal, l'épaisseur de son parenchyme est seul variable, un doigt, introduit dans le bassin, ne sent aucune trace de calcul, mais ramène « quelques fragments ayant l'aspect de fausses membranes ». M. Albarran referme le rein et croit se trouver en présence d'une hématurie avec hydronéphrose. Mais l'examen histologique des fragments de fausses membranes montra plus tard qu'il s'agissait d'un épithélioma du rein à cellules claires. L'hydronéphrose était secondaire.

Cet exemple montre bien à quelles difficultés on se heurte parfois pour établir un diagnostic et quelle réserve il faut faire pour apprécier les lésions d'un rein,

même au cours d'une néphrotomie exploratrice. Tout paraissait normal à l'aspect extérieur de ce rein ; à la coupe rien de particulier ; le tissu semblait sain, le bassinet était libre et cependant le microscope révéla la présence d'un cancer.

De telles difficultés ne peuvent être vaincues par les seules ressources de la clinique. Malgré l'examen le plus attentif et le plus complet, un diagnostic d'hématurie par rein mobile restera toujours hypothétique et ne pourra se vérifier que par la néphrotomie exploratrice. On devra même aller plus loin et prélever au cours de l'opération un morceau de parenchyme rénal pour l'examiner histologiquement.

Cet examen histologique est des plus importants. S'il n'avait pas été fait dans le cas que nous venons de rapporter le rein qui paraissait sain aurait été laissé en place ; les lésions cancéreuses auraient continué à évoluer et finalement auraient emporté le malade, tandis qu'une néphrectomie secondaire a permis de le sauver.

Le microscope doit donc trancher un dernier ressort. C'est lui qui nous dira à quelle lésion vraiment nous avons affaire et si la cause de l'hématurie doit être définitivement rapportée au rein mobile. Mais à défaut de cet examen qui ne peut pas toujours être fait, nous serons quand même, dans certains cas, autorisés à faire le diagnostic. Lorsque nous verrons, par exemple, l'hématurie cesser immédiatement après l'opération, il sera légitime dans ce cas d'accuser le rein mobile. N'est-il pas seul en cause puisqu'il a suffi de le fixer pour

faire disparaître le saignement ? Cet argument a une très grande valeur surtout quand la guérison se maintient définitivement.

Il est vrai que dans les néphrites hématuriques on obtient le même résultat. On voit cesser l'hématurie à la suite d'une simple exploration rénale. L'objection a d'autant plus d'intérêt que le rein mobile s'accompagne toujours de lésions néphritiques. Mais il est des faits devant lesquels cette objection ne résistera pas. Ce sont les cas des malades, analogues à ceux dont Cabot nous rapporte un exemple (1), et chez lesquels on voit l'hématurie cesser chaque fois que le rein est refoulé dans sa loge, ou simplement chaque fois que le malade est mis dans une position déclive la tête en bas. S'il suffit de faire lever le malade ou de le mettre dans une position horizontale pour voir de nouveau le saignement réapparaître, que faut-il de plus pour affirmer catégoriquement que l'hématurie est sous l'influence de la mobilité rénale ? Le diagnostic ne sera pas douteux et la néphropexie en amenant la guérison définitive ne pourra faire que le confirmer.

L'opération sera donc toujours un moyen excellent de faire le diagnostic. Ce sera même dans certains cas le seul moyen mis à notre disposition. Mais nous devons toujours y recourir dans les cas douteux. Quand on se trouve en présence d'un hématurie de cause inconnue, qui se répète et menace par son abondance de porter une grave atteinte à la santé du malade, il ne

1. CABOT. *Boston med.*, 1902.

faut pas hésiter ; il faut, le plus tôt possible, faire la néphrotomie exploratrice. Si, au moment de l'opération, le rein présente des lésions suspectes qui ont passé inaperçues à l'examen clinique, le chirurgien sera fixé et saura ce qu'il convient de faire. Si, au contraire, le rein semble sain et si le déplacement de cet organe paraît être la seule cause de l'hématurie, la néphrorraphie en amenant la guérison permettra de porter avec certitude un diagnostic qui, sans elle, serait toujours resté douteux.

TRAITEMENT

En présence d'une hématurie s'accompagnant de mobilité rénale, quelle conduite devra-t-on suivre ?

Devra-t-on s'adresser au traitement purement médical ? Devra-t-on employer les hémostatiques ? Conseiller le port d'une ceinture avec pelote rénale de Glénard ? Ces moyens sont insuffisants et ne donnent pas de résultats. Il font perdre un temps précieux et lorsqu'il s'agit d'une complication aussi grave que l'hématurie, il n'y a pas de temps à perdre. On devra recourir d'emblée à l'intervention directe et pratiquer l'opération. Ce sera d'ailleurs un moyen de fixer le diagnostic qui jusque-là a dû rester hypothétique, comme nous venons de le voir. Et la néphrotomie étant faite, si nous ne voyons pas d'autre cause de l'hématurie que l'abaissement du rein nous refoulerons celui-ci dans sa loge et nous l'y fixerons. Nous ferons en un mot la néphropexie.

Mais cette néphropexie ne sera pas faite par un procédé quelconque. Le rein sera fixé par la méthode pré-

conisée par M. Albarran. C'est-à-dire que la fixation se fera au moyen des lambeaux de la capsule et supposera par conséquent une décortication préalable.

Cette méthode, que nous allons exposer, en plus de la solidité qu'elle présente aura encore l'avantage de remédier par la décapsulation aux lésions de néphrite qui accompagnent toujours le rein mobile.

M. Ertzbischoff, en effet, dans sa thèse inaugurale déjà citée, fait jouer un rôle important à la capsule rénale dans l'évolution du processus néphritique. Il montre que la réno-décortication en libérant la capsule des adhérences environnantes et en mettant à nu le parenchyme rénal, provoque la décompression et la décongestion de l'organe. Il en résulte que la circulation rénale devient ainsi plus régulière ; la nutrition de l'organe est mieux établie et la dégénérescence scléreuse des éléments conjonctifs et épithéliaux subit un arrêt. C'est donc là un résultat qu'il ne faut point négliger.

Voici la technique de cette opération telle que le conseille M. Albarran.

Par l'incision lombaire classique, le chirurgien met le rein à découvert avec la capsule cellulo-adipeuse qui l'entoure. Il libère avec ses doigts les adhérences parfois fibreuses et épaisses qui peuvent exister entre la capsule propre et la capsule graisseuse. Le rein sera ensuite attiré dans la plaie et pendant qu'un aide fera la compression digitale du pédicule, le chirurgien fait une incision un peu en arrière du bord convexe du rein. Cette incision intéressera la moitié du tiers inférieur et la moitié du tiers moyen du rein et pénétrera

jusqu'au bassinnet. On introduira un doigt dans la plaie et on explorera le bassinnet pour se rendre compte s'il n'existe pas de calculs. En même temps la surface de section sera étalée, examinée avec soin et s'il existe quelque lésion elle passera alors difficilement inaperçue. On aura toujours soin de prélever à ce moment une parcelle de parenchyme pour l'examen histologique ultérieur. Le rein sera refermé par trois points de catgut.

Il s'agira dès lors de fixer l'organe. Avec les doigts ou la sonde cannelée, la capsule sera décollée avec beaucoup de précaution et de douceur pour ne pas dilacerer le tissu rénal sous-jacent. Des lambeaux de parenchyme resteront quand même la plupart du temps, attachés à la capsule, indice d'une altération rénale et d'un processus de sclérose.

La décortication étant finie, la capsule apparaîtra sous forme de deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure. « Pendant que l'aide saisit entre ses doigts pour bien l'étaler, la moitié antérieure de la capsule propre du rein, le chirurgien la coupe en son milieu, du bord convexe vers le hile, la partageant ainsi en deux moitiés, supérieure et inférieure. Saisissant alors avec une pince l'angle coupé de la capsule, l'aide présente au chirurgien le lambeau supérieur pour qu'il puisse nouer à sa base près du hile, un fil de catgut double n° 2 : les deux chefs de ce fil sont serrés avec une pince. On lie ensuite de même manière le lambeau formé par la moitié inférieure de la face antérieure de la capsule. La moitié postérieure de la capsule est traitée comme la moitié antérieure, c'est-à-dire qu'on la partage en

deux lambeaux qui sont liés à leur base par un catgut. Les quatre lambeaux capsulaires se trouvent ainsi liés séparément à leur base par un fil de catgut double qui servira à les fixer à la dernière côte et à la paroi lombaire. »

Le rein est ensuite remis en place dans sa loge. La graisse qui l'entourait est ramenée en bas et tassée au-dessous de l'extrémité inférieure du rein où elle formera une sorte de coussinet. On veillera soigneusement à ce qu'aucune parcelle de graisse ne soit interposée entre le rein et la paroi. On prendra alors un des deux chefs du premier fil capsulaire antérieur et on le fera passa avec une aiguille de Reverdin sous le périoste de la face profonde de la douzième côte.

Un des chefs du premier fil capsulaire postérieur sera passé de même sous la douzième côte. Et pendant que le chirurgien saisissant le rein le repousse aussi haut que possible sous les côtes, un aide noue entre eux les deux fils postérieurs puis les fils antérieurs ; chacun d'eux formant une boucle complète autour de la côte qu'il entoure.

« En arrière du rein on traverse avec une aiguille de Reverdin, d'arrière en avant, le muscle carré lombaire près de son bord antérieur, en ayant soin de ne pas blesser le nerf abdomino-génital qui doit rester caché plus profondément, en arrière la pointe de l'aiguille sort par la face profonde du muscle et ramène, après qu'elle a été enfilée, d'avant en arrière, un des deux chefs du deuxième fil capsulaire : ce chef est noué avec l'autre bout du même deuxième fil, formant ainsi

une anse qui embrasse le bord du carré des lombes. En avant, l'aiguille de Reverdin traverse de la surface à la profondeur, le tiers le plus profond de la paroi musculaire à un centimètre du bord de la plaie et ramène un des deux chefs du second fil antérieur qui sera noué avec l'autre chef du même fil, formant ainsi une boucle qui embrasse la partie profonde de la paroi musculaire. »

Et pendant que le chirurgien maintient bien le rein refoulé profondément, l'aide noue les fils. Le rein de de la sorte contracte par ses faces dénudées des adhérences avec les muscles qui l'entourent, le carré lombaire et le transverse de l'abdomen. Ces adhérences solides le fixent définitivement en place, cependant que le coussinet adipeux qu'on a formé au-dessous de l'organe comble en partie la plaie et contribue pour sa part à l'empêcher de descendre de nouveau.

La paroi est ensuite suturée et on draine largement.

Pour que les adhérences soient bien formées le malade sera laissé au lit au moins trois semaines et sera mis pendant ce temps au régime lacté et déchloruré.

Grâce à l'opération et à la technique suivie, le rein mobile sera définitivement et solidement fixé dans sa position première. Les nombreuses adhérences qui se seront formées autour de lui, le maintiendront aisément et l'empêcheront désormais de se déplacer. Mais la méthode ne se propose pas seulement de fixer le rein, elle a encore un autre but. En pratiquant la décortication du rein pour fixer l'organe, au moyen de lambeaux de capsule, on produira dans les tissus une décongestion

très nette. La tension intra-rénale sera diminuée et par suite la tendance aux hémorragies moins accentuée. Cette décompression marquera un temps d'arrêt dans l'évolution des processus de sclérose et les lésions de néphrite resteront stationnaires, quand elles ne seront pas franchement améliorées, ce qui arrive fréquemment.

Et maintenant quels sont les résultats de cette intervention ? Ils sont excellents et ne se font point attendre. Dans presque tous les cas l'hématurie cesse immédiatement après l'opération et souvent d'une façon définitive. « Le résultat suit si vite l'intervention, dit Nicolich, qu'on se croirait en présence d'un miracle. » Dans certains exemples, en effet, les hématuries qui duraient depuis des mois sans interruption et menaçaient la vie du malade ont cessé immédiatement après la décapsulation et la fixation du rein (obs. XIII). Les résultats éloignés ne sont pas moins bons. La guérison se maintient très longtemps et des malades qui ont été opérés depuis déjà quatre ou cinq ans n'ont plus jamais vu l'hématurie se reproduire. Le rein reste bien fixé dans sa loge. Les lésions de néphrite s'atténuent ou s'arrêtent dans leur évolution. Que faut-il demander de plus ? N'y a-t-il pas lieu d'être enthousiasmés ?

Il convient d'ajouter que l'innocuité de l'opération est établie nettement. Sa bénignité peut être comparée à celle de la cure radicale des hernies. La mortalité ne dépasse guère 1 0/0. Aussi en présence de tels résultats il n'y a plus à hésiter. Chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une hématurie rénale ayant un rein mobile pour cause, il faut pratiquer l'opération et le succès sera certain.

OBSERVATIONS

Observation I

ALBARRAN. — *Hématurie. Rein mobile. Néphrotomie. Guérison.*

J'ai fait deux fois la néphrotomie exploratrice dans des conditions analogues.

Dans les deux cas il s'agissait d'hématuries venant du rein droit, hématuries répétées, abondantes, non influencées par le mouvement et le repos et s'accompagnant de douleurs rénales très nettes. Après incision de la paroi j'eus le soin d'attirer le rein au dehors pour le bien examiner et le fendre largement; je ne pus découvrir aucune trace de lésion; par contre le rein était nettement mobile. Les malades guérirent par la néphrorraphie.

Observation II

GUYON. — *Hématurie. Rein mobile. Néphropexie. Guérison.*

Femme de 38 ans, sans antécédents héréditaires. Elle est prise d'hématurie sans cause appréciable en août 1892, les mictions sanguinolentes se prolongent presque sans interruption jusqu'en avril 1894.

En dépit de tous les traitements, il y a de temps en temps quelques élancements dans le flanc droit ; le rein droit est mobile et sensible à la pression. M. Guyon penche vers le diagnostic de néoplasme au début et pratique l'incision lombaire exploratrice le 29 avril 1894. Le rein est trouvé absolument normal, mais son extrémité supérieure est fortement adhérente et doit être libérée aux ciseaux. M. Guyon se borne à faire la néphropexie. Le malade eut encore quelques urines teintées de sang le lendemain de l'opération, mais dès le surlendemain, elles furent claires et restèrent ainsi depuis lors.

Newmann rapporte deux cas absolument identiques.

Observation III

L. PICQUÉ ET TH. REBLAND. — *Hématurie. Rein mobile et kyste. Néphrotomie. Guérison.*

Femme de 66 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Elle est prise brusquement et sans cause apparente d'une hématurie continue qui s'accompagne par moments de vomissements et d'irradiations douloureuses simulant un accès de coliques néphrétiques. Le rein gauche est un peu sensible à la palpation et légèrement augmenté de volume. La maladie durait depuis quatre à cinq mois lorsque M. Picqué se décide à pratiquer la taille hypogastrique dans le but d'évacuer les caillots et de faire l'exploration de la cavité vésicale où il soupçonne l'existence d'une tumeur. La vessie fut trouvée absolument saine et à partir de cette opération le sang ne réapparut plus. Néanmoins, en présence des symptômes constatés du côté du rein M. Picqué fit, dix jours plus tard, une incision lombaire explo-

ratrice ; cette incision lombaire lui permit de découvrir le rein déplacé et au pôle inférieur de l'organe, un kyste volumineux, de la dimension d'une orange, à paroi mince, à contenu citrin, qu'il parvint à enlever sans perte de sang. Le rein fendu suivant son bord convexe présente une section absolument normale. M. Picqué se décide alors à remédier simplement au déplacement rénal et pratique la néphropexie. Plus une goutte de sang dans les urines.

Observation IV (résumée).

FRANCK de Berlin. — *Contribution à l'étude du rein.*
Congrès d'urologie, 1903.

Jeune fille souffrant du rein droit. Crises douloureuses en forme de coliques du rein, hématuries de temps en temps. Urines troubles contenant leucocytes, érythrocytes, quelques cylindres granulés et quantité considérable de bactéries.

Le rein droit est palpable 15 centimètres au-dessous de l'arc des côtes. Il est douloureux ; la consistance de son pôle inférieur augmentée.

Cystoscopie.— L'embouchure de l'uretère droit est plus large que celle de l'uretère gauche, et la muqueuse autour de l'orifice est congestionnée. On distingue les vaisseaux qui forment des arborisations.

On pratique le cathétérisme double des uretères ; la sonde dans l'uretère droit ne peut pénétrer au delà de 10 centimètres. Le travail du rein du côté malade est très diminué, la sonde de ce côté donne 2/3 moins d'urines que du côté gauche. A la fin de l'examen l'uretère gauche commence à saigner, ce qui trouble le résultat.

Séparation (instrument de Luys). — Huit jours après, l'examen est renouvelé et donne les mêmes résultats, mais l'urine du côté gauche est claire.

$\Delta = 0,66$ rein droit.

$\Delta = 0,91$ rein gauche.

Radiographie. — On aperçoit au niveau du rein droit deux taches blanches (pas noires comme au cas d'un calcul).

L'opération est pratiquée. Le rein se décortique mal à cause des adhérences intra-capsulaires très nombreuses; des lambeaux de parenchyme rénal sont arrachés avec la capsule. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une néphrite.

Décapsulation. Néphropexie. Guérison.

Observation V

J. — ISRAEL. *Hématurie. Rein mobile. Néphrotomie. Guérison.*

Femme de 52 ans, bien portante jusqu'à ces derniers temps. Il y a quatre à cinq semaines, crise douloureuse dans le côté de la poitrine, calmée par une injection de morphine.

Le 15 janvier 1893, première hématurie, sans douleur, durant sans interruption, assez abondante, jusqu'au 26 janvier. A cette date petites télangiectasies nombreuses sur le tronc et le membre supérieur. Les deux reins sont abaissés, mais de forme et de volume normaux; le gauche était assez mobile pour que son pôle inférieur fût sur la ligne iléo-ombilicale.

L'examen cystoscopique, pratiqué par Nitze, prouva que le sang sortait par l'uretère gauche.

Après incision exploratrice, la palpation démontra que le rein était normal; néphrectomie complète qui reste également néga-

tive, ne faisant voir qu'une vascularisation anormale et quelques ecchymoses du bassinet et du parenchyme rénal. Suture du rein au catgut.

L'hématurie persista pendant deux jours ; elle diminua à partir du troisième jour ; au septième jour il n'y avait plus dans l'urine que des traces de sang ; au seizième jour il n'y avait plus rien d'appréciable même au microscope. Lors de la publication du mémoire d'Israël, c'est-à-dire environ un an après, la guérison s'était maintenue.

Observation VI (Résumée).

(D^r LOUMEAU de Bordeaux. — Congrès d'Assoc. franç. d'urologie, 1899, p. 129).

M^{me} V..., 34 ans, sans antécédents héréditaires dignes d'être mentionnés, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1894. Depuis cette époque elle est soignée pour des troubles dyspeptiques avec constipation opiniâtre.

Le 20 août 1898 elle constata pour la première fois la présence du sang dans les urines en même temps elle se plaignait d'un endolorissement dans le rein gauche et le long du trajet urétéral correspondant. — A partir du 10 décembre elle urine le sang d'une manière continue ; l'hématurie est totale, capricieuse, non influencée par le repos ou le mouvement.

Le rein gauche est toujours endolori, mais cette douleur est soulagée, dit la malade, par le pissement de sang. Exploration du rein droit négative, du côté gauche le rein est perceptible et surtout très sensible à la palpation. La cystoscopie permet de constater que le sang sort par l'uretère gauche. L'examen répété des urines ne révèle pas de bacilles de Koch. Le 1^{er} février 1899

l'opération est décidée. Le rein apparaît augmenté de volume. Néphrectomie. L'examen histologique révèle uniquement des lésions de néphrite chronique.

A partir de l'opération, des urines ont cessé d'être sanglantes; c'est à peine si pendant les deux ou trois premiers jours elles ont présenté une teinte rosée qui a ensuite définitivement disparu. Mais la malade présente une faiblesse excessive qui augmente de jour en jour, la diarrhée et les vomissements apparaissent en même temps que la plaie suppure, température 39°. La malade meurt le 18 février.

Le Dr Loumeau en rapportant cette observation regrette de n'avoir pas fait la néphrotomie exploratrice au lieu de la néphrectomie, l'aspect normal du rein l'eût sans doute incité à le conserver et sa malade aurait peut-être été sauvée.

Observation VII

(LEGUEU. — Assoc. française d'Urologie, 1904.)

Florentine D..., âgée de 15 ans, entre le 10 mai 1904 à l'hospice, de Bicêtre, salle Desprès, lit n° 19 dans le service du Dr Legueu.

Bien que délicate, cette fille a échappé à toutes les maladies de l'enfance. Issue de parents bien portants et sans tares, elle n'a aucun passé morbide. Son histoire pathologique commence au mois de mars 1904.

• A cette époque elle présente pour la première fois des hématuries totales et spontanées et depuis lors toutes ses mictions furent teintées de sang.

Gautier

L'enfant ne souffre pas, n'a pas de température, urine à des intervalles normaux. A son entrée à l'hôpital on constate par la palpation un rein droit, un peu gros, douloureux, abaissé, accompagné d'une légère ptose du foie. Le rein gauche un peu abaissé également est indolore et de volume normal.

L'examen clinique des urines qui sont uniformément teintées de sang depuis l'entrée à l'hôpital donne les résultats suivants :

Volume 24 heures	1400 cc.	
Réaction	acide.	
Densité	1009.	
<i>Éléments normaux</i>	par litre	par 24 heures.
Résidu sec à 75°	30 gr. 25	42 gr. 35
Urée	6 66	9 32
Acide urique.	0 22	0 308
Phosphore	2 25	3 15
NaCl	4 30	6 02
Azote total	12 70	17 78
<i>Éléments anormaux.</i>		
Albumine	1 45	2 03
Glycose	néant.	
Pigments biliaires	néant.	

La centrifugation des urines fournit le résultat que voici : beaucoup de globules rouges libres, quelques cylindres hématiques mêlés de globules blancs. Peu de cylindres granuleux ; de rares cylindres granulo-graisseux indiquant toutefois une atteinte de l'épithélium rénal.

Beaucoup de leucocytes en plus grande quantité que ceux qui accompagnent normalement une hématurie. Il semble que

les mononucléaires l'emportent en nombre sur les polynucléaires, ce qui tendrait à faire penser à une affection lente détruisant un point limité du parenchyme rénal, peut-être la tuberculose.

Pas de cellules épithéliales, pas de parasites.

Vraisemblablement et comme conclusion : un rein peu lésé, mais ayant un point qui suppure. La cystoscopie faite sous chloroforme montre nettement que le rein droit saigne, le gauche ne saigne pas.

Le cathétérisme de l'uretère tenté dans des conditions défavorables ne donne pas de résultat bien net. L'élimination du bleu est cyclique et normale.

Opération le 19 mai 1904 (Legueu). Chloroforme. Incision lombaire droite. Néphrotomie. Le rein qui est considérablement augmenté de volume (du double environ) apparaît pâle et moucheté à la coupe. Mais la néphrotomie ne permet pas de déceler des lésions bien évidentes. On ne trouve ni foyer suppuré, ni reliquat de suppuration éteinte. Décapsulation. Suture du parenchyme rénal, néphropexie, drainage. Au cours de l'opération un petit fragment de rein a été prélevé aux fins d'un examen histologique.

Suites opératoires excellentes. Les drains sont enlevés au bout de quarante-huit heures. Les urines qui dans les premières heures de l'intervention étaient très sanglantes devinrent de plus en plus limpides, dix jours après l'opération elles ne contenaient plus trace de sang.

Florentine D... quitte l'hôpital le 12 juin 1904 absolument guérie, ne souffrant plus, ayant engraisé et ne présentant plus d'hématurie.

L'examen histologique a montré simplement des lésions congestives.

Observation VIII

DEBERSAQUES, rapportée par LEGUEU ET MALHERBE

Homme, 38 ans, sans antécédents, sans passé urinaire, sans hémophilie ; il se rappelait avoir eu quelques vagues douleurs dans le flanc gauche vingt ans auparavant. Il commença à uriner du sang en 1889, d'abord d'une façon intermittente.

C'est surtout depuis ces trois dernières années que les douleurs ont pris un caractère violent et paroxystique. Elles débuent d'une façon constante à la région rénale gauche, se dirigeant vers l'aîne du même côté pour se perdre en général dans les parties génitales. La douleur est extrêmement vive et persiste pendant plusieurs heures, elle diminue dans le décubitus dorsal.

Les accès se sont parfois prolongés pendant deux, trois et même quatre jours, ne laissant au patient qu'une rémission toute fugace.

L'hématurie coïncidait avec les douleurs, les précédant ou les suivant ; dans l'intervalle l'urine avait une composition normale.

La santé s'affaiblissait ; le malade avait en quinze mois perdu 12 kilos. L'exploration est partout négative, sauf au niveau du rein gauche qui apparaît douloureux et mobile.

Le rein est mis à nu par une incision lombaire ; la glande a son volume normal. La capsule paraît tendue et à l'incision, le tissu rénal se montre très congestionné. Le rein est fendu, le bassinet ouvert. On ne constate rien d'anormal.

Le rein est suturé et fixé. Il y eut encore un peu de sang dans

les urines les premiers jours qui suivirent l'opération. Depuis lors ils ont gardé une composition normale.

Observation IX

M. OCTAVE PASTEAU. *Association française d'urologie*, 1899,
page 152.

M^{me} T..., âgée actuellement de 44 ans, ne présente rien de bien important dans ses antécédents. Elle accoucha une première fois au mois d'avril 1876 d'un enfant à terme dans des conditions normales. Quinze mois après, deuxième accouchement à terme également, normal encore comme évolution et comme suites.

En 1879, troisième grossesse à la fin de laquelle la malade ressentit de violentes douleurs lombaires des deux côtés. Les urines plusieurs fois analysées ne renfermaient pas d'albumine. Un jour, à la suite d'une course en voiture, elle dut s'aliter complètement et garda ainsi le repos absolu jusqu'au moment de l'accouchement qui survint trois semaines après. Cet accouchement fut facile ; mais il semble que la malade fut infectée, car elle déclare nettement que, quelques jours après la délivrance survint du ballonnement du ventre qui persista quelque temps. Puis elle eut de la congestion pulmonaire pendant un mois, puis une pleurésie droite.

L'urine contenait alors de l'albumine.

Depuis cette époque, la malade déclare s'être toujours plainte d'une sensation de faiblesse et de douleur dans la région lombaire, sans qu'elle puisse précisément indiquer de quel côté elle souffrait le plus.

En 1885, à la suite de fatigues et de grands chagrins, survint une jaunisse qui dura trois mois. Deux ans après la malade accusa pour la première fois des douleurs dans la région hépatique, douleurs qui survinrent par crises d'abord peu intenses. Ces crises se répétèrent depuis de temps en temps à intervalles irréguliers, un an, six mois, deux mois ou même moins. Elles semblaient cependant coïncider souvent avec le moment des époques menstruelles. La douleur siégeait surtout au niveau de la vésicule biliaire, s'irradiant vers le milieu de la région dorsale et l'épaule droite; elle durait deux ou trois jours et son apparition était quelquefois suivie, mais pas toujours, d'un peu d'ictère. A plusieurs reprises on put constater des graviers dans les matières fécales. Les urines étaient claires ne contenaient plus d'albumine; jamais elles n'avaient été sanguinolentes, jamais elles n'avaient contenu de pus. Ces accidents se continuèrent ainsi jusqu'en 1893.

A cette époque la malade, qui avait jusque-là habité la campagne, vint se fixer à Paris. Les crises douloureuses changèrent un peu de caractère, s'irradiant parfois du côté de l'abdomen et du petit bassin. Un médecin, consulté, déclara qu'il s'agissait d'une maladie d'intestins pour laquelle on administra force médicaments.

Appelé de mon côté à voir la malade parce qu'elle avait des « urines chargées », je constatai en effet qu'il existait au fond du vase un peu de sable urique; je conseillai le régime alimentaire ordinaire dans ces cas et deux mois après, la présence de sable urique avait complètement disparu. Néanmoins la malade souffrait toujours autant et pour me rendre un compte exact de son état, je voulais d'abord l'observer dans l'intervalle des crises, au moment du repos; voilà ce que j'observai.

L'état général était assez bon, mais il existait cependant un amaigrissement assez marqué. Le ventre était souple, la paroi abdominale était flasque et peusolide ; il n'y avait pas cependant à proprement parler d'éventration. L'estomac était dilaté ; le foie de volume normal non douloureux ; les poumons étaient sains ; le cœur présentait un léger souffle à la pointe au premier temps. La palpation des régions lombaires ne me permit pas de sentir le rein gauche. Par contre le rein droit était descendu, mobile, régulier, de volume normal, non tendu et non douloureux. Il n'y avait pas de ptose du côté des organes génitaux.

Quelques jours après, je répétai l'examen au moment d'une crise survenue après un effort, la malade ayant voulu porter un objet assez lourd. La douleur siégeait au niveau de la région lombaire du côté droit, plutôt qu'au niveau de la vésicule biliaire. Elle s'irradiait dans le milieu de la région dorsale, mais également dans la direction de l'uretère du côté droit. Le foie n'était ni gros, ni douloureux. L'examen du rein droit me donna les résultats suivants : rein descendu, mais beaucoup plus qu'auparavant et dont l'extrémité inférieure arrivait facilement à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, mobile encore et de surface régulière, mais beaucoup plus volumineux que précédemment, tendu et douloureux à la pression, surtout en avant. Les urines étant absolument claires et non albumineuses.

Je fis garder un repos absolu et j'enveloppai toute la région lombaire et l'abdomen de compresses très chaudes. La douleur diminua, puis disparut à peu près complètement le lendemain soir.

A ce moment, je constatai que le rein droit était de nouveau beaucoup moins volumineux ; il semblait en quelque sorte ren-

tré dans sa loge. Il n'était plus tendu ni douloureux. En même temps, les urines étaient uniformément colorées en rouge, l'hématurie était totale, peu abondante d'ailleurs, et dura une journée; puis tout rentra dans l'ordre.

Des crises semblables se répétèrent d'abord tous les trois mois, puis tous les deux mois, puis elles devinrent de plus en plus fréquentes, rendant l'existence absolument insupportable; alors la malade finit par « sentir toujours quelque chose du côté du rein », suivant sa propre expression. Elle n'avait plus de repos. L'hématurie existait après chaque crise et dans les mêmes conditions que précédemment, survenant au moment où le volume du rein diminuait, où disparaissait la douleur.

Ces hématuries n'étaient pas d'ailleurs aussi abondantes à toutes les crises, elles augmentaient lorsque la crise survenait au moment des règles et duraient alors deux ou trois jours.

En présence de ces accidents, de la fréquence des crises et des hématuries, je conseille une intervention (l'exploration directe du rein et au besoin la néphrotomie) qui ne fut d'abord pas acceptée. Mais les douleurs devinrent telles que finalement la malade vint demander à être opérée.

L'opération fut pratiquée au mois de mai 1896 par M. le Dr Potherat que j'assistai. Le rein sur lequel on arriva assez facilement avait un aspect absolument normal et l'exploration extérieure du bassin ne permit pas de constater la présence d'un calcul. On se contenta de faire la néphropexie sans avoir ouvert l'organe. Cette néphropexie fut faite suivant le procédé employé d'ordinaire à la clinique de Necker, par M. Guyon et ses élèves. Les suites de l'opération furent bonnes et le malade se leva un mois et demi après.

Depuis ce temps, il existe quelquefois des crises passagères

de douleurs, mais qui ne rappellent en rien l'état antérieur. C'est une douleur qui siège au niveau du rebord costal droit qui s'irradie dans le dos et revêt de nouveau nettement les allures d'une colique hépatique; elle est beaucoup moins intense que précédemment. Les crises reviennent moins fréquemment deux ou trois fois par an seulement. J'ai examiné la malade à plusieurs reprises au moment de ses douleurs et je n'ai plus constaté l'augmentation du volume du rein. Depuis son opération, jamais elle n'a eu d'hématurie. Son état est en somme bien meilleur et si elle conserve des douleurs hépatiques (par deux fois même j'ai vu du subictère), elle est du moins débarrassée des crises violentes qui lui rendaient la vie absolument insupportable.

A propos de cette communication, j'ai vu la malade il y a quelques jours à peine. Le rein droit du côté opéré, se sent régulier, bien fixé, non volumineux, non douloureux.

Et M. Pateau ajoute :

« Je crois qu'on peut assurer qu'il s'agit d'une hématurie déterminée par le rein mobile. Sans doute, j'avais trouvé d'abord du sable urique dans les urines et je sais que de très petits graviers peuvent être l'occasion de grosses hémorragies. Mais je ferai remarquer que lorsque le sang a été constaté dans les urines, le sable avait disparu depuis plusieurs mois, à la suite d'un régime approprié. D'autre part, j'ajouterai que la disparition complète de l'hématurie après la néphropexie paraît avoir une certaine valeur, surtout si l'on pense que l'opération date aujourd'hui de 3 ans et demi.

Observation X

CABOT. *Boston medical and surg.*, mars 1902.

Femme de 43 ans, présentant depuis plusieurs années des douleurs dans l'abdomen à l'occasion des fatigues. Les douleurs sont surtout prédominantes à gauche de la ligne médiane. Parfois le sang se montre dans les urines mais rarement pendant plus d'une miction.

En décembre 1900, hématurie qui dure deux jours. Les urines sont très colorées mais ne contiennent pas de caillots. Elles restent ensuite claires jusqu'au 18 mars 1901, époque à laquelle l'hématurie reparaît avec violence. Les urines ne sont pas d'abord très colorées mais peu à peu elles deviennent plus foncées. Pas de caillots.

La malade s'alite, prend de l'ergot de seigle et autres hémostatiques. Mais l'hématurie continue toujours très intense. Le 6 avril l'examen des urines donne les résultats suivants :

Alcaline : densité, 1012. Albumine, 15 à 25 centigrammes par litre. Sang, mucus et pus.

Pas d'irritation vésicale. La malade urine quatre fois le jour, trois fois la nuit.

Perte d'appétit, affaiblissement général.

Quand on examine la malade le 8 avril elle a le teint pâle et cireux. Le pouls est rapide et faible. Elle se tient assise dans son lit.

Rien au niveau du petit bassin.

L'exploration soigneuse de la vessie avec un cathéter métal-

lique est négative. Pas d'épaississement des parois de la vessie. Après l'exploration l'hématurie n'augmente pas.

A la palpation on sent le rein droit augmenté de volume et abaissé. Le pôle supérieur est senti au-dessous du foie. Il est impossible de le refouler en place.

Au bout de quarante-huit heures, la malade étant couchée dans une position déclive, la tête en bas (on a soulevé le lit du côté des pieds), l'hématurie cesse. Les mictions sont claires; les urines ont une réaction acide; leur densité est 1.016. Elles contiennent quelques légères traces d'albumine.

On remet le lit horizontalement, le lendemain l'hématurie réapparaît. On abaisse de nouveau la tête, l'hématurie cesse et la malade reste dans cette position jusqu'au commencement de mai. A ce moment on remet la malade horizontale, l'hématurie se reproduit aussitôt, mais moins abondante qu'auparavant.

L'état général s'améliore et l'appétit renaît.

Le 20 mai 1901 le rein atteint le niveau de l'ombilic.

Opération. — Capsule adipeuse très épaisse, le rein est très mobile à l'intérieur. La capsule propre est très épaisse et blanchâtre. On ne trouve pas d'autres lésions.

Le rein est fixé au *fascia transversalis* et à la douzième côte.

Convalescence parfaite. Le 2 février 1902, presque un an après, l'hématurie n'a pas encore reparu.

Observation XI

NICOLICH. — Congrès français d'urologie, 1905.

Hématurie grave dans un cas de rein mobile unique.

Guérison par la néphropexie et la décapsulation.

En 1898, Bat. L..., âgée de 30 ans, entre dans mon service parce qu'elle souffre depuis deux mois de douleurs de reins et a

du sang dans les urines. Elle était habituellement bien portante et bien réglée.

La malade est maigre mais robuste. Elle se plaint de douleurs dans la région du rein gauche, à la palpation on peut constater que ce rein est descendu ; le droit n'est pas accessible. Urine hémorragique purulente. L'examen cystoscopique négatif pour la vessie, fait voir que le sang sort de l'uretère gauche. Le cathétérisme à demeure pendant vingt-quatre heures donne les résultats suivants :

Rein gauche.

Urine trouble sanguinolente.

Quantité 580 cc.

Densité 1011.

Rein droit.

Urine limpide.

Quantité 780 cc.

Densité 1011.

Examen microscopique. — Pus, sang, quelques leucocytes.

Pas de bacilles de Koch.

La douleur augmentant, je pratique la néphrectomie (mai 1899) la femme quitte l'hôpital dans de très bonnes conditions et avec des urines claires.

Examen du rein extirpé (Dr Ferrari). — Rein un peu plus petit que normalement. Capsule adhérente, surface de l'organe légèrement granuleuse, la substance rénale ne présente pas de lésions macroscopiques. Le bassinet est un peu granuleux. Au microscope on voit des foyers d'infiltration cellulaire qui vont

de la surface jusqu'aux pyramides. Les glomérules qui se trouvent dans ces foyers sont petits, atrophies. Le tissu rénal en dehors de ces foyers est normal. Les parois des artères légèrement épaissies. Diagnostic: néphrite interstitielle chronique.

La néphrectomie dans ce cas n'est pas indiquée. Une néphrectomie aurait suffi pour obtenir le même résultat et aurait peut-être évité toutes les péripéties qui ont plus tard tourmenté la malade.

Vers la fin de décembre 1899, cette femme commence à souffrir dans le flanc droit et l'urine devient hémorragique. Elle entre dans mon service le 10 janvier 1900. Le rein droit est accessible, augmenté de volume et douloureux à la palpation. L'urine est trouble, contient du pus et du sang. L'état général de la malade est misérable. Chaque soir la température atteint 39°. Le 3 février je pratique l'incision lombaire jusqu'à la capsule propre du rein et je referme complètement le rein. Le jour qui suit l'opération la fièvre tombe et la malade quitte l'hôpital cinq semaines après, ayant augmenté de 12 kilogrammes. Son urine ne contient pas de sang.

Cette femme mène une vie très pénible après sa sortie d'hôpital et elle est obligée de s'adonner à des travaux fatigants pour gagner sa vie.

En novembre 1903. — Elle entre de nouveau à l'hôpital parce que depuis quelques mois elle avait commencé à souffrir de douleurs lombaires qui l'empêchaient de travailler. La malade a beaucoup maigri, elle présente un affaiblissement général et un état assez précaire. Les urines laissent un abondant dépôt purulent. Le rein droit est augmenté de volume et très flottant. On essaie de fixer le rein avec une ceinture, mais la malade veut absolument être délivrée de ses souffrances: elle veut être

opérée parce que la ceinture ne fixe pas le rein et ne lui procure aucun soulagement.

Le 1^{er} décembre. — Après bien des hésitations, je pratique la néphrotomie. Le rein très gros est mis à nu et amené dans la plaie. Sa surface apparaît normale. Par une incision faite au bord convexe j'introduis mon index dans le bassinet que je ne trouve pas dilaté. N'ayant pas trouvé de rétention je ferme l'incision du rein avec une suture au catgut et je fixe le rein selon le procédé de M. Guyon avec trois fils de catgut.

La plaie guérit par première intention et le 20 décembre la malade quitta l'hôpital. Elle se rendit en Égypte et y exerça les fonctions de garde-malade.

Elle se porta bien jusqu'en avril 1905. A cette époque nouvelle hématurie et douleur dans le rein droit. Le 16 mai elle entre à l'hôpital. Depuis un mois son urine est toujours rouge foncé. Son état général est très mauvais. Elle est pâle, agitée, irascible.

Pouls 110. Température normale.

Urine de vingt-quatre heures : 1600 centimètres cubes, densité 1010. Dans le fond du vase une grosse couche de caillots.

La centrifugation de cette urine fournit les résultats suivants : beaucoup de globules rouges, quelques cylindres granuleux, leucocytes en plus grande quantité que ceux qui accompagnent normalement une hématurie.

Radiographie négative. A la palpation le rein est très douloureux. Le 20 mai je pratique la décapsulation, le rein qui est considérablement augmenté de volume apparaît bien fixé à la dernière côte et aux parois de l'abdomen. La complète décortication du rein est facile ; la surface rénale est rouge, bosselée. Après avoir fixé le rein, l'incision est suturée complètement.

Les suites opératoires ne présentent rien de particulier. Huit jours après l'opération l'urine est moins rouge, mais après, l'hématurie persiste variable, abondante à certains jours jusqu'au 2 juillet.

Le 15 juillet. → La malade quitte le service dans un excellent état. Elle ne souffre plus de son rein, l'urine est un peu trouble, sans traces d'albumine, le sédiment centrifugé ne contient pas de globules rouges ni de cylindres.

Cette femme continue à se bien porter (septembre).

Observation XII

NICOLICH. Associat. franç. d'Urologie, 1907.

S. N..., âgé de 31 ans, robuste paysan, n'a jamais eu de maladies importantes. Il souffre depuis peu de douleurs au flanc gauche et présente de l'hématurie intermittente. Le malade croit avoir observé que l'hématurie était influencée par les mouvements. Radiographie négative. Le rein gauche est abaissé.

Cystoscopie. — Vessie normale. Le sang provient de l'uretère gauche.

Cathétérisme double des uretères. Le rein gauche donne une urine hématurique sans pus. Le rein droit une urine limpide sans albumine.

L'hématurie dure continuellement pendant plusieurs semaines.

Le 14 novembre 1906, l'opération est décidée. Néphrotomie. Capsule très adhérente à la corticale. Décapsulation. Incision anatomique du rein. Suture et néphropexie. Guérison par première intention. Trois jours après l'opération, l'urine était de couleur jaune sans albumine. Maintenant le malade se porte très bien.

Observation XIII

NICOLISCH. Association franç. d'Urologie, 1907.

N. F..., âgé de 36 ans, marchand de fruits, homme maigre, mais assez robuste. Mère vivante. Une sœur est morte de néphrite.

Le malade a été souvent à l'hôpital à cause d'une syphilis assez grave, mais depuis deux ans il n'a observé aucune manifestation de cette maladie.

Le 22 avril 1904. — Il entre dans mon service pour une ulcération du gros orteil droit; deux jours après son admission, l'urine devient rouge, en même temps le malade se plaint de douleurs lombaires plus fortes à droite. Il y a un peu d'œdème des membres inférieurs et des paupières. L'urine des vingt-quatre heures, 800 centimètres cubes, contient beaucoup d'albumine, quelques cylindres. Le rein droit est perceptible et douloureux à la palpation. Le gauche n'est pas accessible.

L'état général du malade devient chaque jour plus mauvais, le repos et le régime lacté absolu n'ont aucune influence sur la maladie. Pendant quelque temps on a essayé avec succès le traitement avec l'iodure.

Le cathétérisme des deux uretères est pratiqué dans la même séance. On obtient de l'urine hémorragique de chaque côté, mais l'urine du côté droit est plus rouge.

L'opération est décidée et le 22 mai 1904 après avoir mis à nu le rein droit et l'avoir amené dans la plaie, je pratique la décortication complète, l'extirpation de la capsule et d'une portion de la substance corticale pour l'examen microscopique. Le

rein est gros, congestionné; il saigne beaucoup. Je le fixe avec trois fils de catgut à la douzième côte et aux muscles lombaires. Suture complète de la paroi, petite mèche de gaze à l'angle inférieur de la place.

Le jour de l'opération, l'urine, 590 centimètres cubes, est plus rouge que d'ordinaire et contient une grande quantité de cylindres. Le jour suivant l'urine s'éclaircit et augmente de quantité: 1.300 centimètres cubes. Au microscope on voit encore des hématies et des leucocytes. Depuis ce jour l'urine reste toujours jaune, un peu trouble; l'albumine qui déjà dans la première semaine était réduite à 0 gr. 50 par litre finit par disparaître.

Le 19 mai la plaie est complètement réunie, le malade ne souffre plus et se trouve tellement amélioré que j'ai de la peine à le persuader de ne pas quitter le lit.

Quinze jours après l'opération, l'urine est toujours trouble, laisse un sédiment formé de phosphates et de leucocytes; pas d'albumine, ni de cylindres. L'usage de l'urotropine rend en peu de jours l'urine jaune ambré, à réaction légèrement acide, de densité 1.012. Quantité, 1.100 centimètres cubes en vingt-quatre heures.

Le 28 juin. — Le malade quitte l'hôpital dans de très bonnes conditions.

Le 10 octobre. — Le malade vient me voir. Je le trouve très bien quoiqu'il doive travailler pour gagner sa vie; l'urine est limpide et sans albumine.

L'examen microscopique du morceau de rein enlevé pendant l'opération est pratiqué par le Dr Ferrari, il donne les résultats suivants: quelques glomérules sont normaux, d'autres assez nombreux sont plus volumineux. Il y a beaucoup d'hématies

entre les anses glomérulaires et la capsule. On observe aussi l'hypertrophie de l'endothélium de quelques capsules.

Beaucoup de tubes contournés sont remplis de sang; l'épithélium de ces tubes est normal.

M. Ferrari croit qu'il s'agit de glomérulite hémorragique.

Je ne crois pas nécessaire de faire suivre de beaucoup de considérations l'histoire de ce cas qui nous fournit une nouvelle preuve de la grande utilité de la décortication dans certaines formes de néphrites hématuriques.

Le bon résultat suivit de si près l'intervention qu'on aurait dit s'être trouvé en présence d'un miracle.

Une hématurie qui dure un mois et que le cathétérisme des deux uretères démontre avoir pour origine les deux reins, cesse deux jours après la décapsulation et la fixation d'un seul rein; et le patient qui avait présenté tous les symptômes d'une grave lésion rénale, œdème des paupières et des membres inférieurs néphralgie, faiblesse et que l'examen microscopique du rein démontrait malade de glomérulo-néphrite, quitte l'hôpital un mois après l'opération parfaitement guéri et continue à se bien porter jusqu'à présent, c'est-à-dire pendant trois ans et six mois après l'opération.

Observation XIV. (*Inédite*)

Louis A..., âgé de 29 ans, tailleur, entre à la salle Velpeau à l'hôpital Necker le 2 novembre 1904.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Fièvres palustres en Calabre à l'âge de 13 ans. Ophtalmie à Buenos-Ayres où il a séjourné pendant dix ans.

En 1901 il contracte la syphilis. Il est soigné à l'hôpital Ricord. Le malade suit régulièrement le traitement. Il ne présente actuellement aucune manifestation de cette maladie.

Blennorrhagie le 13 juillet 1904. Soigné à Ricord. Guérison au bout de six semaines.

Depuis le 15 octobre le malade ressent des douleurs au niveau du rein gauche, douleurs qui s'accompagnent d'hématuries.

EXAMEN. — Le rein gauche est descendu, nettement perceptible dans le décubitus dorsal : moins accessible dans la position d'Israël, il est légèrement douloureux à la pression.

Le 21 novembre 1904. — M. Guyon fait l'exploration de l'appareil urinaire du malade. Il ne constate rien autre de particulier.

Le 28 décembre 1904. — Néphrorrhaphie par M. Cathelin. Enlèvement des fils le 9 janvier 1905.

Le malade sort guéri le 23 janvier. Il ne présente plus de douleurs. Il n'a plus de sang dans les urines.

Observation XV (*inédite et personnelle*).

Justine R..., âgée de 31 ans, cuisinière, entre le 7 novembre 1906 à l'hôpital Necker parce qu'elle urine le sang.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier.

Réglée à 12 ans. Règles régulières, non douloureuses.

Jamais de pertes blanches ; jamais de fausses couches.

A eu quatre enfants dont deux sont morts : l'un à 18 mois du croup, l'autre à 5 ans de méningite, les deux autres sont bien portants.

Il y a quatre ans, la malade a commencé à souffrir dans le

flanc droit de douleurs qui s'irradiaient vers le pli de l'aîne et la face antérieure de la cuisse.

En même temps elle a uriné du sang. L'hématurie à type total a duré deux jours sans discontinuer et sans qu'une seule fois les mictions soient devenues claires.

Pas de vomissements.

Au bout de deux jours l'hématurie et les douleurs ont disparu.

La malade n'a jamais rendu ni sable ni graviers.

Pendant quatre ans, elle s'est très bien portée. Elle a eu des mictions normales.

Elle ressentait simplement à la suite de fatigues ou d'une station debout trop longtemps prolongée, une sorte de pesanteur, une douleur sourde, au niveau de la région lombaire droite.

Elle a eu pendant ce temps une grossesse qui a évolué normalement sans incident aucun. L'enfant est né à terme et est actuellement bien portant.

Au mois d'août dernier la malade a recommencé à pisser le sang après avoir éprouvé une crise douloureuse semblable à la première, mais moins forte. La douleur a cessé assez rapidement par le repos au bout de vingt-quatre heures, mais l'hématurie a toujours continué depuis sans disparaître un seul instant. La coloration de l'urine varie simplement d'intensité ; elle semble être un peu plus foncée après une longue station debout.

L'hématurie est toujours totale.

EXAMEN. — L'état général est satisfaisant.

L'examen des divers organes ne présente rien de particulier. Rien du côté des poumons ni de l'appareil circulatoire.

Tube digestif bon. Appétit normal. Selles régulières.

Température 36° 8.

A la palpation le rein droit est abaissé. On le refoule facilement dans sa loge. Il ne paraît pas très augmenté de volume.

Rien du côté du rein gauche.

9 novembre. — Cystoscopie.

Les parois de la vessie sont saines.

Les deux orifices urétéraux sont normaux. Par l'uretère droit, on voit sortir rythmiquement un petit jet d'urine sanglante.

Une sonde introduite dans l'uretère droit remonte facilement jusqu'au bassin. On recueille de l'urine sanglante.

Analyse de l'urine :

Hématies en très grand nombre ;

Leucocytes ;

Quelques cylindres hématiques ;

Quelques cocci ;

Pas de bacilles de Koch.

15 novembre. — Radiographie négative.

La malade au bout de quelques jours demande à sortir. Elle ne veut pas rester plus longtemps à l'hôpital.

Elle sort le 16 novembre. Les urines sont toujours aussi sanglantes.

Malgré l'examen nécessairement incomplet, mais en raison du caractère des hématuries, de leur continuité, de l'âge de la malade et aussi du résultat négatif de la radiographie, on porte le diagnostic de néphrite hématurique avec rein mobile.

Observation XVI (inédite).

M. M..., âgé de 24 ans, sculpteur, entre le 27 novembre 1906 à l'hôpital Necker, salle Velpeau.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une pleurésie droite en 1900. On ne lui a pas fait de ponction.

En 1903 après avoir passé une nuit normale, le malade fut pris le matin au réveil d'une violente douleur dans le rein droit. Il eut alors plusieurs vomissements qui débutèrent une demi-heure après. On le transporta à l'hôpital de Munich.

Cette première crise dura trois jours, après laquelle les douleurs furent moins fortes, tout en conservant leur caractère et leur siège lombaire avec irradiations à l'hypogastre. Un jour que le malade avait un peu moins souffert que de coutume, il trouva dans son urine de nombreux caillots de sang. Mais cet accident ne se produisit qu'une seule fois. Habituellement les urines étaient claires.

Après un mois d'observation on porta le diagnostic d'albuminurie et on le renvoya. Mais il ne tarda pas à y rentrer. Il n'était plus question de son rein droit, les douleurs avaient disparu, mais on examina avec soin ses urines et l'on découvrit des traces d'albumine, des leucocytes et des hématies. Après avoir longuement discuté, les médecins allemands se récusèrent et le malade alla trouver le professeur Heichorts à Zurich. Là au bout d'un mois le diagnostic fut modifié, l'albuminurie fut attribuée à l'état neurasthénique suffisamment expliqué par l'abondance de la phosphaturie. Le malade se plaignait bien de temps en temps d'une gêne indéfinissable du côté droit, d'une sensation de gonflement mais on n'y faisait pas attention.

Il sortit de la clinique et se mit à voyager à travers la Suisse et l'Italie pendant quatre mois qui se passèrent sans encombre.

En été 1906 le côté droit était redevenu douloureux. Ces douleurs apparaissaient à la suite de fatigues et disparaissaient par le repos. Pendant les crises le malade avait des envies fré-

quentes d'uriner mais il urinait peu à la fois. Il lui est arrivé quelquefois d'avoir des mictions sanglantes à cette époque.

Une seconde crise aiguë avec vomissements verdâtres se produisit en septembre et dura un jour. Elles furent suivies de deux autres semblables à un mois d'intervalle.

Les douleurs dans les crises présentaient les caractères suivants : Elles débutaient dans le flanc droit à la partie postérieure, suivaient le trajet de l'uretère et s'accompagnaient de douleurs dans le testicule droit. Ces crises étaient toujours accompagnées de vomissements.

Le malade vient consulter à la salle de la terrasse et entre à l'hôpital Necker.

EXAMEN. — Rein gauche normal.

Le rein droit est mobile et non douloureux.

Les uretères, la vessie et tout l'appareil génital sont normaux.

L'examen histobactériologique des urines partiqué avant et après la marche donne des résultats identiques : quelques hématies, de très rares leucocytes.

Pas de microbes.

La radiographie est négative.

Le 12 décembre on pratique l'opération. Néphrotomie droite. Incision au bistouri du rein dans le tiers inférieur de son bord convexe. Exploration du bassinet avec l'index. On ne trouve pas de calcul.

Suture complète de la plaie rénale.

Comme on a constaté que le rein était abaissé et mobile on fait la décortication de la moitié supérieure. On lie chaque morceau de capsule avec un fil de catgut assez long. Puis on passe un bout de chaque fil sous le périoste de la douzième côte en faisant ainsi une néphropexie partielle.

Hémostase de la plaie pariétale, drains, suture de la peau.

SUITES OPÉRATOIRES. — Le malade a eu des douleurs assez fortes après l'opération et les urines sanglantes les deux premiers jours.

15 décembre. — La plaie est un peu infectée, on enlève les points de suture et on panse à l'eau oxygénée. Les urines sont normales.

20 décembre. — La plaie renferme du pus bleu. Irrigation au permanganate de K. Le malade a une sécrétion uréthrale. Les urines sont troubles. On lui fait un grand lavage uréthrovésical à l'oxycyanure de mercure.

2 janvier 1907. — Il n'y a plus de pus bleu. La plaie est très belle.

16 janvier. — La plaie est cicatrisée. Les urines sont claires. Le malade sort de l'hôpital en très bon état. Il a engraisé. Il ne souffre plus. Les urines ne contiennent pas de sang. Le malade est revu quelque temps après, ces bons résultats se sont maintenus.

Observation XVII (Inédite).

Gabrielle M..., âgée de 32 ans, domestique, entre à l'hôpital Necker le 26 novembre 1907, salle Laugier, sur les conseils du Dr Lefur pour se faire fixer le rein gauche.

Antécédents héréditaires. — Les parents et les collatéraux sont bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée à 18 ans, règles régulières, ni enfants ni fausses couches.

C'est à l'âge de 16 ans que commence l'histoire de sa mala-

die. Elle ressent alors une douleur prérénale dans le côté droit, douleur qui s'irradie vers le bas ventre et détermine des envies fréquentes d'uriner. Les urines à ce moment auraient été troubles, non sanglantes.

Un mois après, nouvelle douleur avec les mêmes caractères qui dure deux jours.

La malade reste deux ans (de 16 à 18 ans) sans rien ressentir.

A 18 ans les douleurs réapparaissent. Elles sont lombaires et franchement postérieures. Elles s'accompagnent de nausées et de vomissements, durent deux ou trois jours. Ces crises se renouvellent fréquemment d'abord tous les deux, puis toutes les six semaines et continuent ainsi jusqu'à l'âge de 26 ans. Les urines qui étaient troubles dans l'intervalle, deviennent rouges et contiennent des petits caillots au moment des crises.

On la soigne alors pour cystite pendant huit mois. On lui fait des lavages au nitrate d'argent. Ce traitement améliore les phénomènes vésicaux, le nombre des mictions devient normal, les urines s'éclaircissent; mais par contre la douleur lombaire jusqu'alors intermittente, devient continue quoique peu vive.

A 27 ans, on l'opère pour lui fixer le rein droit. Mais on trouve ce rein détruit et plein de pus, on l'extirpe.

Depuis qu'elle a été opérée de son rein droit elle ressent quand même pendant quelques mois, à droite, des crises douloureuses intermittentes que son chirurgien attribue à l'uretère malade.

Six mois après l'opération elle se met à souffrir du côté gauche dans la région lombaire. C'est une sorte de pesanteur de tout point semblable à celle qui a marqué le début des accidents à droite. Quand la malade s'agite beaucoup, monte les escaliers, elle sent quelque chose qui remue dans son côté gauche. Les urines deviennent louches et les mictions fréquentes. L'état

vésical empire de plus en plus malgré les lavages et les instillations. Le protargol dont on se sert en dernier lieu semble l'améliorer au point de vue douleur, mais les urines restent toujours troubles.

C'est huit mois après son opération que la malade constate pour la première fois la présence du sang dans ses urines avec caillots au fond du vase. Ces hématuries survenaient sans cause, n'étaient pas toujours en rapport avec les crises douloureuses. Elles avaient un caractère total.

Depuis trois mois les douleurs deviennent plus intenses et sont presque continuelles.

EXAMEN. — 27 novembre 1907.

A la palpation on sent nettement le rein gauche. Il est mobile et gros. Sa surface paraît lobulée. Non douloureux.

Pas de douleur sur le trajet abdominal de l'uretère.

L'appareil génital n'offre rien de particulier.

Rien du côté du cœur ni du tube digestif.

L'auscultation des poumons révèle la présence de petits craquements aux deux sommets.

Le système nerveux est normal.

Cystoscopie le 29 novembre 1907.

Vessie très malade, couverte d'ulcérations plates et blanches, n'ayant pas le type bacillaire. Une sonde n° 8 est poussée dans le bassinnet. Pas de rétention. La sonde est laissée à demeure à 15 centimètres. On recueille un échantillon qui est louche et sanglant.

Nouvelle cystoscopie le 14 décembre 1907.

La vessie est beaucoup plus propre que la première fois sonde urétérale n° 8. L'urine sort limpide.

Examen des urines (histo-bactériologique), 29 novembre.

Dépôt glaireux, dense, englobant des leucocytes et des microbes (cocci et bactéries diverses).

Pas de bacille de Koch.

Analyse chimique.

Quantité : 1,500 centimètres cubes.

Urée	15,30	par litre	23 gr. par 24 h.
Chlorures	6,20	—	9,30
Albumine	0,15	—	0,22
Glucose	Néant.		

30 novembre. — Examen après cystoscopie.

Le rein gauche cathétérisé fournit 40 centimètres cubes d'urine. Dépôt formé de cellules épithéliales en placards. Hématies et leucocytes en proportion correspondante avec les hématies.

Le 18 décembre 1907. — L'opération est pratiquée par M. Ertzbischoff.

Incision lombaire classique. Découverte du rein. Celui-ci est très bas situé dans la fosse iliaque, gros et entouré d'adhérences solides. Le rein amené dans la plaie apparaît gros et présente de nombreuses plaques blanches laiteuses de néphrite.

Décapsulation et fixation par le procédé d'Albarran. Suture. Drainage.

Suites opératoires excellentes. Réunion par première intention. La malade sort le vingt-cinquième jour. Le rein est bien fixé, les urines sont encore un peu louches. Mais la recherche de l'albumine et des cylindres est négative (10 janvier 1908), les symptômes vésicaux s'améliorent. Elle quitte l'hôpital le 16 janvier et s'en va à la campagne.

Là sa santé s'améliore. Elle reprend de l'embompôint. Les urines redeviennent claires et les mictions normales. Depuis qu'elle a été opérée, c'est-à-dire depuis six mois, elle se porte très bien. Elle n'a jamais vu reparaitre ses douleurs et n'a plus jamais constaté de sang dans ses urines.

De tels résultats post-opératoires sont intéressants à noter : Si l'on considère en effet que cette malade avait été opérée autrefois pour un rein probablement tuberculeux, qu'elle présentait quelques craquements aux deux sommets, on était en droit de se demander si l'unique rein qui restait n'était pas également bacillaire et si les douleurs et les hématuries ne devaient pas être rattachées à cette cause. Le résultat qui a suivi l'opération permet de répondre négativement. Il faut se rappeler en effet que le rein a été simplement fixé. Ce traitement n'aurait pas été suffisant pour amener la guérison si ce rein avait été tuberculeux. Car nous savons que la bacillose rénale ne guérit jamais spontanément ; les lésions ne font au contraire que progresser et cela devait arriver chez notre malade d'autant plus fatalement et rapidement qu'il n'y avait chez elle qu'un seul rein.

Rien de tout cela ne se produit. La néphropexie fait disparaître tous les accidents dont elle se plaignait. L'hématurie et les douleurs cessent. Sa santé devient parfaite. Ce sont là des preuves excellentes que l'hématurie était sous la dépendance de la mobilité rénale.

CONCLUSIONS

I. — Les hématuries essentielles se produisant sans cause n'existent pas. Il n'y a que des hématuries symptomatiques, qui relèvent soit d'une cause générale, soit d'une cause locale.

II. — Il peut se produire des hématuries rénales dans certains cas où le rein mobile est seul en cause. Leur existence est nettement établie et se déduit :

1° Des résultats que fournit l'étude expérimentale de la rétention d'urine. Le rein en rétention se congestionne et saigne facilement;

2° Des faits cliniques qui établissent le mécanisme des hématuries par rétention rénale (Crises hématuriques du rein mobile en rétention par suite d'une coudure ou d'une torsion de l'uretère);

3° Des effets curatifs produits par la simple fixation du rein.

III. — Contrairement à ce qu'il est classique de dire, le rein mobile n'est pas sain et toujours il présente des

lésions de néphrite chronique et de la sclérose des vaisseaux.

IV. — Les hémorragies dans le rein mobile se produiront d'autant plus facilement que la congestion trouvera un adjuvant précieux dans la friabilité des vaisseaux.

V. — Les caractères cliniques des hématuries dans le rein mobile avec les douleurs qui les accompagnent n'offrent rien de particulier. Le diagnostic ne sera établi qu'après avoir éliminé toutes les causes ordinaires des hématuries rénales, en s'aidant de tous les moyens d'investigation que la science met à notre disposition, radiographie, cystoscopie, bactériologie.

VI. — Dans les cas douteux on devra recourir à la néphrotomie exploratrice et même à la néphropsie. L'opération dans ces cas sera un moyen de diagnostic en même temps qu'un moyen de guérison.

VII. — Le traitement sera purement chirurgical et consistera dans la néphropexie par le procédé à lambeaux capsulaires préconisé par M. Albarran. Cette méthode de fixation qui suppose la décortication préalable du rein a le double avantage : 1° de fixer solidement le rein ; 2° de le décongestionner et d'améliorer ou du moins d'arrêter dans leur évolution les lésions néphritiques.

VIII. — Les résultats de l'opération tant immédiats qu'éloignés paraissent excellents ; mais malheureuse-

ment, le nombre des cas publiés jusqu'à ce jour n'est pas assez considérable pour permettre d'établir une statistique à ce sujet. Nous n'avons pu pour notre part en réunir que 17 cas et il faut attendre de nouvelles observations pour donner des conclusions définitives.

Vu : le Président de la thèse

ALBARRAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- J. ALBARRAN. — Article « *Rein* » in *Traité de Chir. Le Dentu-Delbet*, tome VIII.
- Hématuries des néphrites. *Presse méd.*, 1904, p. 657.
 - Diagnostic des hématuries rénales. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898, p. 449.
 - Un nouveau procédé de néphropexie. *Presse médicale*, 25 avril 1906.
- BOUILLY. — Manuel de Pathologie externe, tome IV.
- BRAULT. — Art. « *Rein* » in *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, tome V.
- BROCA. — Hémophilie rénale et hématuries rénales sans lésions. *Ann. mal. org. gén. ur.*, déc. 1894.
- CABOT. — *Boston med. and surg. Journ.*, 23 oct. 1902.
- CAVAILLON. — Hématurie rénale datant de 4 ans. Capsulectomie et néphrolyse. Guérison. *Société des sciences méd.* de Lyon, 15 mars 1905.
- DELAGENIÈRE. — Étude critique et expérimentale de la néphrorraphie. *Thèse Paris*, 1892.
- DESNOS. — Diagnostic de la tuberculose du rein. *Congrès fr. d'Urol.*, 1906, page 550.
- DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne, 14^e édition, tome III.

- DOREAU. — Des prétendues hématuries essentielles. *Thèse Bordeaux*, 1898.
- DOUBRE. — Des hématuries rénales essentielles. *Bull. méd.* 1898, tome I, p. 315.
- EDEBOHLS. — Renal decapsulation for chron. Brights disease. *Med. Record*, 1903, n° 13.
- Nierendekapsulation. Nephrokapsektomie und nephrolysis. — *Zentralbl. f. Chirurgie*, 1904, p. 189-192.
- ELLIOTT (J.-M.). — *Boston med. and. surg. Journ.*, 1901, p. 457.
- ERTZBISCHOFF. — Du traitement chirurgical des néphrites
Rénodécortication. *Thèse inaug.*, 1906.
- Les néphrites dans le rein mobile. *Congrès franç. d'Urologie*, 1907, p. 624.
- ESCAT. — Des hématuries chez les prostatiques. *Thèse Paris*, 1897.
- FRANCK. — Contribution à l'étude du rein. *Congr. fr. d'Urol.*, 1903, p. 653.
- GUILLAIN. — Albuminurie orthostatique. *Thèse Paris*, 1903.
- GUILLET. — Compte rendu. *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901.
- Hématuries, *Thèse*.
- GUYON. — Leçons chirurg. sur les mal. des voies urinaires.
- GUYON ET ALBARRAN. — Physiologie pathologique des rétentions rénales. *Congrès franç. d'Urol.*, Paris, 1897.
- Anatomie et Physiologie pathologiques de la rétention d'urine. *Archives de méd. expérimentale*, 1900, tome II, p. 181.
- HAMEL. — De l'hématurie essentielle. *Thèse Paris*, 1897.
- ISRAEL. — Nierenkolike. Nierenblutung und nephritis. *D. Med. Woch.*, 27, II, 902.
- KEERSMAECKER. — Ann. Soc. belge de chir., 15 déc. 1899.
- LEGUEU. — Intervention pour néphrite hématurique. *Ass. fr. Urol.*, 1904, p. 680.
- LEGUEU ET MALHERBE. — Rapport sur les hématureis essentielles. *Congrès fr. d'Urol.*, 1899.
- LÉPINE. — De l'opportunité de l'intervention chir. dans les néphrites chr. *Sem. méd.*, 2 déc. 1902.

- LOUMEAU. — *Congrès fr. Urol.*, 1899, p. 129.
- MOSNY. — Albuminurie orthostatique et rein mobile. *Sem. médicale*, 1904, n° 20.
- NOBÉCOURT. — In *Traité d'anatomie de Poirier (Rein)*.
- NICOLICH. — Hématurie dans un cas de rein unique guéri par la décapsulation. *Ass. fr. Ur.*, 1905.
- Sur un cas de néphrite hémorragique unilatérale. *Congrès fr. d'Urol.*, 1901, p. 519.
- Néphrite hématurique bilatérale. Décapsulation et néphropexie unilatérale. *Ass. fr. Ur.*, 1904, p. 667.
- PASTEAU. — *Congrès fr. d'Urol.*, 1899.
- PAUCHET. — *Revue pratique des mal. des org. gén. ur.*, 1905.
- POIRIER. — *Société de chirurgie*, 1898.
- POUSSON. — *Congrès fr. d'Urol.*, 1904.
- *Congr. fr. d'Urol.*, 1899.
- Hématurie des néphrites chr. *Soc. chir.*, 1898.
- ROERSCH. — Traitement chirurgical du rein mobile. *Ann. Soc. méd. chir.* Liège, mars 1901.
- ROSKAM. — Le rein mobile et son traitement. *Annales des org. génit.-ur.*, 1902.
- SABATIER. — Néphralgie hématurique. *Rev. de chir.*, 1899.
- SENIOR. — Albuminurie physiolog. *Deutsch med. Woch.*, 1904.
- *Soc. méd. int.*, Berlin, 1902.
- TALAMON. — Traitement chir. du mal de Bright. *Méd. mod.*, 1902, n° 3.
- TÉDENAT. — *Congrès franc. de chir.*, 1898.
- TERRIER ET BAUDOUIN. — Hydronéphroses intermittentes, 1891.
- TIFFAMY (Mac Lane). — *Annals of Surgery*, 1889.
- TUFFIER. — Art. « Rein » in *Traité de chir. Duplay-Reclus*.
- Études expérim. sur la chirurgie du rein, 1899.
- La décapsulation adipeuse du rein. *Revue de chir.*, 1890.
- De la douleur dans le rein mobile. *Presse méd.*, 9 nov. 1904.
- VOLKOFF ET DELITZINE. — Recherches expérimentales sur les

causes du rein flottant. *Soc. des médecins russes de Saint-Petersbourg*, 12 déc. 1897.

YVERT. — Intervention opérat. dans les néphrites et certaines aff. méd. du rein. *Revue de chir.*, septembre 1904.

— *Annales des org. génit.-ur.*, 1905.

